Nr. 28. 11. lipca 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. A. ŁAWRYNOWICZ. Warszawa.

W sprawie badań nad zmiennością drobnoustrojów.

Z Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. st. Warszawy.

Bakterjologja współczesna, gromadząc materjał faktyczny dotyczący przejawów życia drobnoustrojów oraz odczynu ustroju na zakażenie w rozmaitych warunkach zewnętrznych, traci ten grunt, na którym wyrosła i opierała się w początkowym okresie swego rozwoju. Pierwotna niewzruszalność i dogmatyczna stałość cech gatunkowych w obliczu faktów ustępuje miejsce innym koncepcjom i sposobom ujęcia. Te liczne odchylenia od cech gatunków podstawowych, jakie się spostrzegało i spostrzega w bakterjologji, spowodowały początkowe dążenie do wyosabniania nowych gatunków, opartych na różnicach morfologicznych, biochemicznych lub biologicznych. W ten sposób powstały b. liczne postaci, traktowane jako nowe gatunki — bakterjologja szła w kierunku różniczkowania, opartego na cechach nie zawsze stałych i pewnych.

Lecz jednocześnie, niemal od zarania bakterjologji, gromadziły się spostrzeżenia z zakresu zmienności cech gatunkowych. Całokształt tych spostrzeżeń doprowadził do możliwości tej nowej koncepcji gatunków drobnoustrojowych, jaką mamy obecnie. Zmienność gatunków drobnoustrojowych zmuszeni jesteśmy przyjąć jako fakt podstawowy. Zastrzegając się jednakże, przed zbyt dowolnem i szerokiem ujmowaniem zmienności w stosunku do każdego gatunku drobnoustrojowego staramy się ustalić i zakreślić granice zmienności. Idziemy obecnie w kierunku całkowania oraz obejmowania w granicach jednego gatunku szeregu odmian, które dają się zmieścić w granicach koncepcji zmienności danego gatunku. W każdej nietypowej odmianie drobnoustrojowej staramy się znaleźć związek bezpośredni z gatunkami istniejącemi, dobrze znanemi lub wykazać jego brak. Częstokroć się zdarza, że wyosabniając szczep nietypowy napotyka się duże trudności przy jego określeniu. Postępowanie w przypadkach podobnych oprzeć należy na przesłankach ułatwiających rozwiązanie zadania.

Hodowli drobnoustrojowej nie należy traktować jako jednolitej, każda hodowla — jest to społeczeństwo drobnoustrojowe, którego skład i charakter osobników w przypadkach poszczególnych inaczej się przedstawiać może. Mamy możność spostrzegania hodowli, których jednostki poszczególne posiadają własności niemal identyczne o bardzo słabo zaznaczonych różnicach — są to społeczeństwa drobnoustrojowe (gatunki) wyspecjalizowane. Takie gatunki znajdują się w stanie statyki, są one jakby już utrwalone w swoich własnościach.

Jednocześnie w pracy bakterjologicznej mamy do czynienia niekiedy ze szczepami, które pewną cechą (biochemiczną lub biologiczną) różnią się od znanych już gatunków. Przypuszczalna natura tych szczepów może być dwojaka: 1) nowy gatunek lub 2) przejaw zmienności jednego ze znanych. W pierwszym przypadku chodzi o wyżej wspomniany typ gatunku wyspecjalizowanego, w drugim — o mniej lub więcej chwiejną odmianę niewyspecjalizowaną, stanowiącą jedynie przejaw dynamiki, przejaw zmiany cech w wyniku zadziałania czynników zewnętrznych.

Na drodze wyjaśnienia istoty rzeczy analiza różniczkowa danej hodowli, składu tego społeczeństwa drobnoustrojowego, częstokroć może ułatwić rozwiązanie zagadnienia. Otrzymując w tym celu przez posiew na płycie szereg kolonij wtórnych (pochodzących przypuszczalnie z jednej komórki) poddaje się badaniu co najmniej 10—20 kolonij. Zbadanie według tego schematu szczepu, należącego do gatunku wyspecjalizowanego, da hodowlę o niemal całkowicie identycznych własnościach. Badając np. szczepy durowe pod względem własności z łatwością ulegającej wahaniom — zdolności zlepiania się surowicą swoistą — otrzymujemy zaledwo nieznaczne odchylenia, nawet stosując rozszczepianie szczepów, zaznaczających pewne odchylenia, w ciągu kilku pokoleń (fakt ten zaznaczał też i v. Loghem. C. f. Bakt., T. 83, z. 6). Natomiast przy badaniu wyżej wspomnianych odmian niewyspecjalizowanych rozszczepianie hodowli na kolonje poszczególne może dać bardzo dużą rozbieżność w cechach szczepów poszczególnych. Miałem sposobność podania (Medyc. Dośw. i Społ. T. I, z. 5—7) przykładów tego rodzaju w postaci szczepów paradurowych, wyosobnionych w toku duru powrotnego. Szczepy te (odpowiadające paratyfusowi C) posiadały odczyn zlepny swoisty; badanie kolonij po rozszczepieniu hodowli pierwotnych, wykazało niezwykle szeroki zakres wahań miana zlepnego poszczególnych szczepów w porównaniu ze szczepem pierwotnym.

Rys ten stanowi cechę właściwą odmian niewyspecjalizowanych, odmian dynamicznych, które w wyniku zadziałania czynników środowiska nabywały nowych cech zlepnych.

Gdy chodzi o odmiany drobnoustrojowe niewyspecjalizowane, dążeniem naszem winno być ustalenie tego źródła, z którego dana odmiana powstała. Cechy odmiany niewyspecjalizowanej powstać mogą bądź przez utratę częściową lub całkowitą cech pierwotnych, bądź przez nabycie nowych. W badaniu naszem winniśmy dążyć do ustalenia istotnego oblicza danego szczepu po usunięciu cech niewłaściwych. Na tej drodze metodyka rozszczepiania hodowli może dać bardzo ciekawe wyniki, gdyż w ten sposób udaje się w szczepie niewyspecjalizowanym wykryć istnienie osobników wyspecjalizowanych, należących do gatunków ustalonych. Np., we wspomnianych wyżej szczepach paradurowych nietypowych poddanych rozszczepianiu daje się ustalić obecność kolonij o typowych własnościach zlepnych gatunków wyspecjalizowanych (naprz., paratyfusu B). Jednocześnie przy hodowaniu w pracowni w pewnej części spostrzeżeń nowonabyte własności mogą ulegać zanikowi i przez to wyraźniej zaznaczyć się może oblicze istotne szczepu pierwotnego, z którego powstała dana odmiana.

Pod względem wyjaśnienia oblicza szczepu badanego metodyka rozszczepiania hodowli posiada duże znaczenie, gdyż umożliwia głębsze wejrzenie w skład oraz własności społeczeństwa drobnoustrojowego. Do tegoż celu prowadzą i codzienne, w ciągu 2—3 tygodni, przeszczepiania z podłoża stałego na płynne naprzemian, umożliwiając w szeregu przypadków wykrycie istotnych własności zlepnych danego szczepu, początkowo nie dającego odczynu zlepnego (stosowane przez Złatogorowa na szczepach przecinkowców) i nawet dłuższe przechowanie w pracowni, zdolne spowodować utratę początkowych własności zlepnych oraz nabycie typowych cech gatunku wyspecjalizowanego.

W stosunku do cech biochemicznych przez zastosowanie pewnych zabiegów daje się osiągnąć wyjaśnienie istoty rzeczy.

Cechy biochemiczne gatunków wyspecjalizowanych są w znacznej mierze stałe. Gdy weźmiemy, np. taką cechę jak niezdolność laseczki durowej do zakwaszania cukru mlecznego, winniśmy stwierdzić, że nawet długotrwałe zabiegi dążące do wyrobienia tej własności zawodzą. Próbowałem przez pół roku hodować 9 szczepów laseczek durowych na podłożu płynnem zawierającem cukier mleczny (1—1½%), jednakże szczepy nie nabyły zdolności fermentowania cukru mlecznego.

Szczepy niewyspecjalizowane przedstawiają się inaczej. Naprzykład wspomniane wyżej szczepy paradurowe, nie fermentujące początkowo cukru gronowego, niekiedy po kilku pokoleniach na podłożu płynnem z 1% cukru gronowego zaczynały go fermentować. Chodzić w tych przypadkach mogło o szczepy powstałe z praszczepu okrężnicowego, które zatraciły zdolność fermentacyjną nabywając ją z powrotem po próbach odpowiedniego „wychowania".

Traktowanie hodowli jako społeczeństwa drobnoustrojowego połączone z zastosowaniem poruszonych metod badania może stanowić punkt wyjścia w pracy nad rozmaitemi nietypowemi odmianami drobnoustrojowemi. O ile dotąd metody te służyły przedewszystkiem do wykrycia i osiągnięcia odmian (warjacyj) oraz przemian skokowych (mutacyj), to, jednakże, te same metody mogą nam służyć z powodzeniem i do odbycia drogi powrotnej — do wykrycia w odmianach niewyspecjalizowanych pierwotnych elementów wyjściowych.

Z PRAKTYKI.

Dr. Ludwik SCHNEK. Lwów.

Przyczynek do kazuistyki otogennego zapalenie opon mózgowych.

Z oddziału oto-laryngologicznego państw. szpit. powszechnego we Lwowie. Kierownik: Prym. Dr. Spalke.

Jak z jednej strony przypadki wyleczonego otogennego zapalenia opon nie należą do zbyt częstych, tak niżej opisany przypadek różni się od znanych w piśmiennictwie zarówno pod względem niektórych objawów, jak też i przebiegu swego.

Wywiad: Chory G. N., l. 20 przechodził w 7 roku życia płonicę z następowem obustronnem zapaleniem ucha środkowego. W 10 roku życia przebył w Pradze doszczętną operację ucha lewego. 4 dni przed przyjęciem na oddział bóle ucha prawego i głowy następnego dnia wymioty i ciepł. 37.5.

Stan obecny: Ch. wzrostu średniego budowy kośćca delikatnej, odżywiony miernie. Narządy wewnętrzne bez zmian. Zupełna głuchota. Mowa niedostatecznie rozwinięta pozwala przypuszczać, że upośledzenie słuchu powstało jeszcze przed 7 rokiem życia.

Ucho prawe wykazuje w okolicy zausznej od *planum mastoideum* ku koniuszkowi bolesny obrzęk. Zewnętrzny przewód słuchowy zawiera surowiczo-ropną wydzielinę, w głębi granulacje i resztki młoteczka.

Ucho lewe wykazuje w okolicy zausznej głęboką, wciągniętą, nieprzesuwalną bliznę. W przewodzie zewnętrznym po oczyszczeniu widoczna jama bębenkowa, ku górze szeroko otwarta.

Badanie czynnościowe: Szept i mowa głośna O. Rinne ∞ Schwabach przedłużony, Weber w głowie. *Nystagm. spont.* O, objaw przetokowy zaznaczony, pozatem sztywność karku i Kernig zaznaczone. Ciepłota 39, tętno 60.

Ze względu na powyższe objawy, które dawały obraz zaostrzenia przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego z wśródczaszkową komplikacją w postaci zapalenia opon lub też ropnia mózgowego, przystąpiłem do natychmiastowej doszczętnej operacji ucha prawego, którą wykonałem 25. XI.

Przy operacji okazała się kość części sutkowej częścią sklerotyczną, częścią zawierała komórki wypełnione granulacjami. Zatoka esowata wysunięta ku przodowi, dolna część tylnej ściany kostnego przewodu słuchowego karjetyczna po kilku uderzeniach dłuta jama bębenkowa otwarta. *Antrum i cavum tympani* wypełnione masami cholesteatomu, znacznie rozszerzone uciskiem tegoż, ściany gładkie makroskopowo nie wykazywały żadnego ubytku.

Po operacji stan chorego nie doznał zmiany na lepsze. Bole głowy, sztywność karku, Kernig, bradykardia, polyfagja, wysoka ciepłota ze zmiennem nasileniem stale się utrzymywały.

Przeprowadzone 3-go dnia po operacji badanie neurologiczne dało następujący wynik: źrenice równe, dość szerokie reagują na światło i akomodację, n. mózgowe bez zmian, wybitna sztywność karku, Kernig wyraźny, ogólna przeczulica, odruchy okostnowe kończyn górnych obniżone, przytomność, bradykardia przy ciepł. 39° — tętno 64.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego dało wynik następujący: O. Wassermanna ++, białko 0.02%, Nonne-Appelt słabo zaznaczony, Pandy ujemny, bakterjologicznie nic nie wykryto. Sześciokrotnie wykonane nakłucia lędźwiowe zawsze dawały płyn ropny, wydobywający się pod znacznem ciśnieniem.

Badanie dna oka wykazało silniejsze zaczerwienienie tarczy.

Ze względu na utrzymywanie się wyżej wymienionych objawów i na przybycie nowych, jak ból wzdłuż m. *sternocleidomastoideus*, i umiejscowiony ból przy opukiwaniu w okolicy *sutura spheno-palatina* zdecydowaliśmy się do drugiej operacji (f. Prym. Dr. Spalke).

Odsłonięto oponę twardą nad *tegmen antri i tympani* na przestrzeni 3 cm², która okazała się niezmienioną, wypuklała się, nie tętniła. Nakłucie próbne płatu skroniowego w 3 kierunkach dało wynik ujemny. Zatoka esowata na znacznej przestrzeni odsłonięta, o ścianach niezmienionych zawierała płynną krew.

Następnego dnia po operacji sztywność karku, Kernig, bole głowy ustąpiły, podmiotowo chory czuł się dobrze, ciepłota 36,8, tętno 68. Rana goiła się prawidłowo, stan ch. stale się poprawiał a 8 tyg. po 2 operacji wyleczony opuścił oddział.

Epikryza. Mamy przed sobą przypadek przewlekłego ropienia ucha środkowego, który po 13 latach prowadzi do zaostrzenia i wśródczaszkowej komplikacji w postaci otogennej *leptomeningitis*. Przypadek ten jest dla nas ciekawym.

I. przez niejasność co do drogi którą proces propagował się z ucha do jamy czaszkowej, a co dla nas zawsze jest ważnem ze względu na rokowanie. Proces ten mógł postępywać:

1) drogami preformowanemi. Za tem przemawia: a) cholesteatoma zropiała, b) ścieńczenie otaczającej kości, która jednak nigdzie nie wykazywała ubytku ani też nie była zapalnie zmienioną, c) utrzymywanie się procesu oponowego, co podług wielu autorów ma być charakterystycznem dla tych właśnie zapaleń op. m. postępujących drogami preformowanemi. Niezmieniona opona twarda, jak w tym przypadku nie jest dostatecznym przeciwdowodem bo podług Preysinga jest między zewnętrzną, a wewnętrzną blaszką opony twardej takie mnóstwo drobnowidowych naczyń limfatycznych, że przy makroskopowo niezmienionej oponie możemy mieć zmiany głębokie, jak ropień lub też *leptomeningitis*. Zdania Körnera, który przy *leptomeningitis* spotyka zawsze przekrwioną oponę twardą, nasz przypadek nie potwierdza.

2) drogami błędnikowemi. Za tem mógłby przemawiać a) objaw przetokowy (zaznaczam że przy pierwszej operacji makroskopowo przetoki nie stwierdziłem), który jak wiadomo objawia się kompresyjnem wystąpieniem ku stronie zdrowej, a aspiracyjnem ku stronie chorej, w tym przypadku jest dowodem niedostatecznym. Dwie bowiem formy zapaleń błędnika dają ten objaw, a to *labirinthitis circumscripta i labyrinthitis serosa diffusa secundaria* (Ruttin). Te schorzenia możemy w naszym przypadku wykluczyć ze względu na brak innych objawów, że też wspomnę choćby o spontanicznym nystagmie i wzmożonej pobudliwości nerwu przedsionkowego, czego w naszym przypadku nie mamy, nawet wręcz przeciwnie. Pomijając już, że znane i niejednokrotnie opisywane są przypadki t. zw. „objawu przetokowego bez przetoki" (Ruttin) wypada w tem miejscu zaznaczyć, że Jansen właśnie przy *leptomeningitis serosa* tak często spostrzegał objaw przetokowy, że uważa go za charakterystyczny dla tego schorzenia. b) obniżenie pobudliwości n. *vestibularis* i n. *cochlearis* mogłoby, przemawiać za ropnym procesem w błędniku, ale brak nystagmu i objaw przetokowy, którego brak przy wszelkich ropnych zapaleniach błędnika przemawia przeciwko temu, natomiast słuszniejszem wydaje mi się przypuszczenie, że długo trwające ropienie ucha środkowego spowodowało infekcję ucha wewnętrznego, z czem się zresztą aż nazbyt często spotykamy.

Zestawiwszy wszystkie w rozdziale 1) i 2) przytoczone argumenty możemy śmiało powiedzieć, że w naszym przypadku proces najprawdopodobniej występywał drogami preformowanemi.

II. przez zupełne zniknięcie wszelkich objawów (temp., bradycardia, sztywność karku i t. d.) po 2-gim zabiegu, po dekompresji. Że zabieg ten jest skutecznym wiemy od Jansena, który poleca wszędzie tam, gdzie spodziewamy się napotkać na przedstadium ropnej *leptomeningitis*, natychmiastową dekompresję. Również i inni autorowie, jak Macewen, Brieger, Alexander, Betzold i in. starają się dowieść skuteczności zabiegu, przyczem nacinają oni na szerokiej przestrzeni oponę. Że nacięcie opony nie jest niezbędnem stara się dowieść Gradenigo na 2. przypadkach, które po operacji doszczętnej i dekompresji przy często powtarzanem nakłuciu lędźwiowem doprowadził do wyleczenia. O takim frapującym wyniku po operacji, jak w naszym przypadku nie ma wzmianki w literaturze.

Jak różnorakiem jest przebieg tej choroby, tak chaotyczną i mało przejrzystą jest jej systematyka kliniczna.

Formę, z jaką w naszym przypadku mamy do czynienia nazywa Körner pierwotnem ropnem zapaleniem op. m. odróżniając ją od wtórnej przy ropniach mózgowych, zakrzepach zatokowych, której to ostatniej daje bez porównania gorsze rokowanie. Podział ten ze stanowiska patogenetycznego jest niesłusznym, bo różnica jest tylko w drodze przewodzenia, ale opony nie są pierwotnem ogniskiem ropnego procesu. Körner uważa tę formę za dalsze stadium, opisanej najpierw przez Quinckego, a b. dokładnie przestudjowanej przez Merkensa i Bönninghausa *meningo-encephalitis serosa toxica*. Dokładna granica między temi stadjami przeprowadzić się nie da, obraz kliniczny bardzo często myli, a nawet na badaniu płynu bezwzględnie oprzeć się nie możemy. Neumann, Hüttich, Wolff i in. znaleźli mętny płyn i drobnoustroje (Neumann) a przy sekcji ropnego zapalenia opon nie stwierdzono. Neumann tłumaczy to tem, że w samym kanale rdzeniowym może przyjść do szybkiego rozmnażania się mniej żywotnych drobnoustrojów i leukocytów, podczas gdy w jamie czaszkowej może się już równocześnie odbywać proces gojenia.

Pewna różnica jest w zachowaniu ciepłoty; gdy u surowiczej jest wysoka *continua*, która przy dłuższem trwaniu spada powoli aż do normy u ropnej ona utrzymuje się stale.

Bradycardia, jak w naszym przypadku jest rzadką.

Otogenna leptomeningitis jest w stosunku do innych wśródczaszkowych powikłań (ropień mózg., zakrzep zatokowy i t. d.)

najrzadszą, jak to wykazuje bogata statystyka Körnera, Heinego i in. Najczęstsza u osób między 10. a 30. rokiem życia, bardzo rzadka u dzieci, a najrzadszą u starców. Częściej występuje po stronie prawej niż po lewej, co się tłumaczy tem, że *fossa sigmoidea* po stronie prawej jest głębiej położoną, i szerszą o jakie 1—2 mm niż po stronie lewej. Herberg jeszcze w r. 1845 wykazał tę różnicę w 77% przypadków. Na bogatym materjale naszego oddziału mieliśmy sposobność stwierdzić na 76 prawostronnych ropnych zapaleń ucha środkowego 13 wśródczaszkowych komplikacji. zaś na 66 lewostronnych tylko 6. Różnica ta stoi najprawdopodobniej w związku z embrjonalnym rozwojem systemu krążenia.

Prym. Dr. SPALKE. Lwów.

Przypadek ropnia mózgowego pochodzenia usznego w prawym płacie skroniowym z afazją.

Z oddziału oto-laryngologicznego Państw. Szpitala powszechnego we Lwowie.

Następujący przypadek zasługuje na wzmiankę nietylko ze względu na typową sensoryczną afazję, która przy ropniu w prawym płacie skroniowym jest ogromną rzadkością, lecz i ze względu na szereg objawów, które wystąpiły już po operacji.

Historja choroby. F. M. l. 50 chorując w 4. r. życia na płonicę przebył równocześnie zapalenie prawego ucha środkowego. W 10 r. ż. i przed 9 laty zaostrzenia, które spowodowały znaczne upośledzenie słuchu. Pozatem nigdy nie chorował. Pracował stale prawą ręką, mimo ankylozy stawu łokciowego (również komplikacji płonicy) posługując się przy jedzeniu ręką lewą.

2 tygodnie przed przyjęciem na oddział wystąpiły u niego nagle dreszcze, temp. 39° i b. silnie połowicze bole głowy po str. prawej. Po 2 dniach bole ustąpiły, chory wrócił do pracy, jednak już po 3 dniach znowu wystąpiły powyższe objawy ze znacznem nasileniem tudzież czkawka, niedowład lewostronny i zaburzenie mowy. Po dalszych 2 dniach objawy powyższe częścią znikły, częścią osłabiły się z wyjątkiem bolów głowy, które stale się nasilały, aż do przyjęcia ch. na nasz oddział.

Stan ogólny w dniu przyjęcia 15. IX. 1925. Ch. wzrostu średniego, budowy wątłej. Okazuje znaczne wycieńczenie, przytomny. Mowa wykazuje zaburzenia o charakterze częściowej sensorycznej afazji, jest przerywana ciągłą czkawką. Temp. 37, tętno 66. Narządy wewnętrzne bez zmian. Badanie neurologiczne: 1) Kernig i sztywność karku zaznaczone, 2) lewostronny niedowład, 3) sensoryczna parafazja bez apraksji i afazji optycznej.

Badanie otologiczne: U. pr. Zewnętrznie bez zmian, silna bolesność przy opukiwaniu kości skroniowej. W przewodzie słuchowym ropna wydzielina zmieszana z krwią, w głębi granulacja. Po podniesieniu granulacji sondą widać utrzymaną przednią część błony bębenkowej. Badanie czynnościowe wykazuje: Weber na stronę prawą, Rinne ujemny, Schwabach przedłużony. Mowę głośną słyszy *ad concham*. U. l. prawidłowe. Zawrotów głowy ani oczopląsu niema.

Badanie dna oczu wykazało obustronną *neuritis n. optici* lekkiego stopnia.

W nocy stan chorego się pogorszył a następnego dnia ch. nieprzytomny, oczy przymknięte, zęby zaciśnięte, tętno słabo napięte, zwolnione — 52 przy temp. 36°.

Przystąpiłem do natychmiastowej operacji doszczętnej prawego ucha, która dała wynik następujący: W jamie bębenkowej granulacje i masy zgęszczonej wydzieliny, ściany jamy bębenkowej i *antrum* jakoteż dolnej części łuski kości skroniowej niezmienione. Opona twarda płatu skroniowego odsłonięta na przestrzeni 4 cm² nieco przekrwiona, nie tętni i wypukla się w otwór trepanacyjny. Nakłuciem próbnem płata skroniowego wykonanem w kierunku przednio-górnym wydobyłem w głębokości 4 cm zielonkawą ropę, poczem nacięłem oponę i tkankę mózgową aż do głębokości ropnia i rozszerzywszy pincetą nosową ranę wypuściłem całą zawartość ropnia w ilości około 30 cm³. Następnie wprowadziłem seton do rany mózgowej. Plastyka. Tamponada. Opatrunek.

Tuż po operacji stan chorego znacznie się poprawił. Częstość tętna wzrosła, ciepłota spadła po 3 dniach do normy, wymioty które wystąpiły po 2 dniach już ustały. Prócz niedowładu pr. nerwu twarzowego (badanie neurologiczne nie wykazało reakcji i zwyrodnienia) i czkawki nie miał chory żadnych dolegliwości. Co do czkawki podkreślić należy, że po operacji nawet się nasiliła, a utrzymując się także podczas snu bardzo choremu dokuczała. Wszelkie środki farmakologiczne pozostały bez działania. Dodać tu należy, że rozszerzenie źrenicy spowodowane homatropiną wkroploną przed operacją ciągle jeszcze się utrzymuje. Rana goi się prawidłowo, w mózgu ropy coraz mniej, objawy oponowe i mózgowe (zaburzenie mowy, sztywność karku, Kernig) powoli znikają, a 10-tego dnia po operacji po zmianie opatrunku nagle znikła i czkawka i odtąd nie wróciła. 4. tyg. po operacji chory opuszcza łóżko, a stan jego z dnia na dzień się poprawia. Również niedowład nerwu twarzowego i rozszerzenie źrenicy powoli ustępuje. Po 8 tyg. chory uleczony opuszcza oddział.

W opisanym przypadku uderza nas:

1) afazja sensoryczna przy ropniu w prawym płacie skroniowym przy wykluczeniu mańkuctwa, dalej, że afazja ta utrzymywała się jeszcze cały miesiąc po operacji. 2) Czkawka, która po operacji się nawet wzmogła, osiągając swe maksimum w 7 dniu (występywała nawet podczas snu), by nagle bez poprzedniego osłabienia swej intenzywności w 12. dniu po operacji zupełnie ustąpić. 3) Rozszerzenie źrenicy prawej nie ustąpiło jak normalnie do 24 godzin po wkropleniu homatropiny, lecz utrzymywało się przez 6 tygodni. 4) *Stadium manifestum* trwało zaledwie tydzień, by nagle przejść w *stadium terminale* (w dniu przyjęcia chorego na oddział).

Dr. Bernard SONNENSCHEIN. Lwów.

Przypadek otogennego porażenia nerwu odwodzącego oka.

Z oddziału otorhinolaryngologicznego państwowego szpitala powszechnego we Lwowie.
Kierownik: Prymarjusz Dr. Spalke.

Chory, lat 37, wstąpił do szpitala dnia 20. X. 1925 r. Przed trzema laty cierpiał na ból w uchu prawem przez kilka dni, po upływie których z ustępowaniem bólu pojawił się wyciek ropny z tego ucha, trwający około 3 tygodni, poczem nastąpiło zupełne uzdrowienie.

Przed pięciu tygodniami wystąpiło z ucha prawego ponowne ropienie, przy tem po stronie prawej w okolicy skroniowej i ciemieniowej intenzywne bóle, które się wciąż utrzymują. Przed 3 tygodniami chory zauważył, że nie widzi przedmiotów z prawej strony. Zawrotów głowy ani wymiotów nie miał .

Przy badaniu chorego dnia 20. X. 1925 stwierdza się zupełną przytomność, temperaturę ciała 36.6°, tętno o ilości 52 uderzeń na minutę. Ucho prawe i jego okolica wykazują następujące zmiany: przy ucisku wyrostka sutkowego bolesność na jego końcu: przy opukiwaniu łuski kości skroniowej prawej zaznacza się bolesność i odgłos czerepowaty. W prawym przewodzie usznym zewnętrznym obecna jest ropa, po usunięciu której widoczne są na dnie przewodu u dołu i przodu granulacje, a u tyłu i góry resztki błony bębenkowej. Ucho lewe normalne. Badanie funkcjonalne uszu wykazuje schorzenie ucha środkowego prawego.

Gałki oczne okazują: lewa kataraktę, prawa porażenie nerwu odwodzącego, obie gałki niepokój przy ruchach ku górze i stronie lewej. Ophtalmoskopja dna oka prawego wykazuje lekkie nastrzykanie żył.

Dalej stwierdza się u chorego sztywność karku, objaw Kerniga po obu stronach oraz ogólną przeczulicę skóry przy dotyku szpilką.

Na podstawie opisanych objawów brzmi kliniczne rozpoznanie: *otitis media suppurativa chronica exacerbans detra, meningitis, paralysis nervi abducentis dextri*. Chorego poddano dnia 21. X. 1925 operacji radykalnej ucha środkowego prawego (wykonanej przez prym. Dra Spalkego), w czasie której na wyrostku sutkowym ani w antrum nie znaleziono żadnych szczególnych zmian; w jamie bębenkowej były tylko skape granulacje. Odsłonięto też oponę twardą (od strony *tegmen antri et tympani)* na przestrzeni 4 cm², lekko zaczerwienioną, gładką, niepulsującą. Punkcja śródczaszkowa w kierunku mózgu dała wynik ujemny.

Od chwili operacji stan chorego stale i szybko się polepsza. Temperatura normalna, ilość uderzeń tętna na minutę odpowiada temperaturze. Od kilku dni po operacji znikają objawy meningealne. Po ośmiu dniach zmniejsza się porażenie nerwu odwodzącego, przechodząc we formę parezy, która po dalszych 14 dniach jeszcze w śladach się zaznacza.

Reasumując, mamy powyżej do czynienia z przypadkiem zaostrzonego chronicznego zapalenia ucha środkowego, które wywołało zapalenie opon mózgowych (jak przebieg kliniczny potwierdza) surowicze, a tą drogą porażenie nerwu odwodzącego oka. Po dokonaniu operacji radykalnej ucha środkowego i odsłonięciu opony twardej wszystkie powyższe objawy chorobowe ustąpiły.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Prof. Dr. Marjan GIESZCZYKIEWICZ. Kraków.

O metodzie Calmette'a uodparniania przeciw gruźlicy *).

Walka z gruźlicą, tak jak się ją dziś prowadzi należy do zadań niezmiernie trudnych i kosztownych. Wymaga bowiem całego szeregu zakładów i urządzeń, jak sanatorjów, poradni, szpitali itd., które jednak nawet przy dużym wysiłku społeczeństwa i dobrej organizacji mogą obiecywać tylko wolną i stopniową poprawę.

O ile jednak walka z chorobami zakaźnemi prowadzona zapomocą ogólnych zarządzeń higjeniczno-sanitarnych, jak odosabnianie chorych, niszczenie zarazków, zapobieganie ich przenoszeniu się itp., jest niezmiernie trudną i żmudną i tylko przy dużej energji władz, a małych epidemjach daje wyniki doskonałe, o tyle tam, gdzie możemy ludność przeciw pewnym zarazkom skutecznie zaszczepić, zadanie nasze niezmiernie się upraszcza. O ile tylko naprawdę potrafimy ludzi zapomocą pewnej właściwej metody uodpornić, to walka z epidemją redukuje się tylko do systematycznego przeszczepienia większej części zagrożonej ludności. Jednorazowy wysiłek może tu dać efekt decydujący o przebiegu epidemji.

Niestety nie wiele jest dotychczas chorób, gdzie szczepionki potrafiły oddać ludzkości istotnie takie usługi, które rozstrzygnęły o przebiegu tych spraw chorobowych tak, jak metoda Jennera przy ospie. Przy gruźlicy, gdzie zwalczanie zapomocą dzisiaj ogólnie stosowanych sposobów jest niesłychanie utrudnione ze względu na pandemiczny charakter tej sprawy chorobowej, myślano o szczepionkach niejednokrotnie. W tym celu różni autorowie proponowali rozmaite preparaty.

Kiedy Koch odkrył tuberkulinę, spodziewano się po tym preparacie znakomitych wyników nietylko leczniczych, lecz próbowano jej także w celach zapobiegawczych. Lecz już pierwsze próby na zwierzętach wykazały, że wprowadzenie tuberkuliny do ustroju niezależnie od drogi i od dawki może co najwyżej nieznacznie zmienić przebieg zakażenia, lecz nie jest w stanie zwierząt zdrowych na gruźlicę udpornić.

Próbowano też hodowli prątków gruźliczych zabitych tak, jak się to robi przy cholerze azjatyckiej, durze brzusznym i t. p. Próby takie robiono na zwierzętach (Straus, Dembiński, Calmette, Löffler i inni) oraz na ludziach (Maragliano, Flick itd.) lecz odporności uzyskać się tą drogą nie udało.

Także zapomocą preparatów uzyskanych z prątków gruźliczych przez działanie na nie rozmaitemi odczynnikami nie udało się uzyskać odporności. (Deycke i Much, L. Rabinowicz, Löffler i inni).

U bydła próbował Behring uzyskać odporność przez zastrzyki żywych prątków gruźliczych ludzkich o nieco osłabionej zjadliwości. Liczne badania kontrolne (u nas prof. J. Nowaka) pogrzebały tę metodę, gdyż nadaje ona wprawdzie bydłu szczepionemu pewną odporność, lecz bardzo krótkotrwałą, przytem czasami może się stać dla sztuk szczepionych szkodliwą. Krowy szczepione mogą z mlekiem wydzielać prątki gruźlicze ludzkie, przez co metoda ta może się stać dla ludzi, którzy z krów takich korzystają, niebezpieczną. To samo odnosi się do szczepionki Kocha i Schütza „Tauruman", która polega również na stosowaniu żywych prątków gruźlicy ludzkiej.

Próbowano używać do szczepienia bydła żywych prątków gruźlicy ptasiej (Mac Fadyean) oraz u bydła i u ludzi prątków gruźlicy zwierząt zimnokrwistych (Friedmann). Zwłaszcza ta ostatnia metoda zyskała dość duże zastosowanie nietylko w celach uodparniania, lecz także w celach leczniczych u ludzi, jednakże, o ile można wnosić z ogłoszonych o niej publikacji, nie spełniła nadziei, jakie do niej przywiązywano.

W ostatnich latach badacz hiszpański Ferran zaproponował jako szczepionkę, zawiesinę bakteryj, które według niego byłyby mutacyjną niezjadliwą formą prątków gruźliczych. Nie udało się jednak udowodnić związku jego szczepu (bakterje α) z gruźlicą, poglądy jego spotkały się z uzasadnionym sceptycyzmem.

Żadna zatem z dotychczas podanych metod uodparniania na gruźlicę nie zyskała uznania i nie rozpowszechniła się. Dopiero w ostatnich czasach Calmette podał metodę, która zapowiada się bez porównania lepiej niż wszystkie dotychczasowe.

Calmette jest jednym z najpoważniejszych badaczy francuskich. Przez długi czas prowadził instytut Pasteura w Lille, obecnie jest wicedyrektorem instytutu Pasteura w Paryżu. Ma za sobą bardzo poważne prace z rozmaitych działów bakterjologji i serologji, jak prace o jadach węży i surowicach przeciw nim skierowanych, prace nad odczynem Wassermanna i t. p. W szczególności jednak zajmował się gruźlicą. (Prace nad patogenezą gruźlicy, odczyn tuberkulinowy spojówkowy). Szczepieniami przeciwgruźliczemi zajmuje się od lat przeszło 18 i dopiero po kilkunastoletniem eksperymentowaniu na zwierzętach zdecydował się metodę swą zastosować u ludzi.

Jednem słowem autorytet poważny, który budzi zaufanie, co nie uwalnia nas jednak od obowiązku ściśle przedmiotowego rozpatrzenia jego metody i stwierdzenia, czy odpowiada ona wymaganiom, jakie każdej metodzie szczepień ochronnych postawić musimy.

Metoda Calmette'a polega na podawaniu osobnikom uodparnianym żywych hodowli prątków gruźliczych pochodzenia bydlęcego pozbawionych zjadliwości przez hodowanie w ciągu dłuższego czasu na pożywkach z żółcią.

Stwierdził on wraz ze swoim współpracownikiem Guérin'em, że, jeżeli hodować prątki gruźlicze na ziemniaku napojonym żółcią, do której dodano 5% gliceryny, to pewne własności szczepu się zmieniają. A mianowicie zmienia się wygląd hodowli, która staje się bardziej wilgotną, wykazuje pewien połysk, podczas gdy hodowla na zwykłych podłożach ma wygląd bardziej suchy, prątki w hodowli na żółci są nieco dłuższe i bardziej ziarniste, rozbiór chemiczny hodowli na żółci wykazuje więcej substancji tłuszczowych rozpuszczalnych w alkoholu niż hodowli zwykłej.

Co najważniejsza jednak, zmienia się zjadliwość takiej hodowli, która w miarę hodowania na pożywkach z żółcią stopniowo się obniża. Szczep, którego obecnie Calmette do szczepień używa, pochodzi od szczepu gruźlicy bydlęcej, który po raz pierwszy zaszczepił na pożywki z żółcią 8. I. 1908. Pierwsze hodowle na żółci wykazywały zjadliwość prawidłową, lub nawet nieco wzmożoną, lecz już po 15-tu przeszczepieniach szczep ten pierwotnie prawidłowo zjadliwy zarówno dla bydła, jak dla świnek morskich wywoływał zastrzyknięty świnkom zmiany rozwijające się wolno i nie wiodące do śmierci. Jeszcze wcześniej niż dla świnek morskich tracił ten szczep zjadliwość dla bydła rogatego. Dla koni był jednakże nawet po 15 przeszczepach zjadliwy. Po 40 przeszczepieniach zachowywał się podobnie jak po 15-tu. Po 200 przeszczepach stracił on zjadliwość dla zwierząt w zupełności. Wprowadzanie takich prątków, które w ciągu kilkunastu lat przeszło 200 razy przeszły przez podłoża żółciowe wywoływało u zwierząt tylko nieznaczne zmiany nie zagrażające nigdy życiu zwierzęcia.

Szczep ten nazwał Calmette w ostatnich latach skrótem B C G. tj. Bilié Calmette Guérin lub Bacille Calmette Guérin przyczem nazwisko swoje złączył z nazwiskiem pierwszego swego w tym temacie współpracownika.

Calmette przeprowadził wpierw badania na różnych zwierzętach, nim zaczął stosować swój szczep u ludzi, więc na świnkach morskich, królikach, psach, bydle rogatem, koniach ostatnio wreszcie na małpach niższych i wyższych. W toku tych badań przekonał się o zupełnej nieszkodliwości swojego szczepu. Jeżeli zastrzyknąć śwince morskiej np. małe dawki, ułamki mg. to nie ma żadnych zmian uchwytnych, jeżeli dawkę podnieść do $^1/_2$—1 mg. to w miejscu wstrzyknięcia, tworzy się maleńki twardy naciek, który w ciągu 2—3 tygodni znika bez śladu. W najbliższych gruczołach (węzłach) limfatycznych nie ujawniają się żadne zmiany ani też w innych narządach. Jeżeli dawkę podnieść do 5—10 mg. tworzy się w miejscu wstrzyknięcia mały ropień, który na 10—12 dzień przebija na zewnątrz pozostawiając owrzodzenie, które wydziela ropę w ciągu 2—4 tygodni, poczem się zabliźnia. Owrzodzeniu takiemu towarzyszy lekki obrzęk węzłów limfatycznych. Potem wszystko ustępuje i gruźlica nigdy się nie uogólnia. Zatem zmiany są nieznaczne, nawet po dużych dawkach, a wiemy przecież, że wprowadzenie do ustrojów bakteryj zupełnie saprofitycznych, lecz w bardzo dużych dawkach, może pewne objawy chorobowe wywołać. Przy wprowadzeniu 3—5 mg. prątków żółciowych do otrzewnej tworzą się w otrzewnej nacieki, w których dużo prątków, znikają one jednak w ciągu 3 miesięcy, ulegając wessaniu bez śladu. Przy wprowadzaniu kilku mg. do krwiobiegu niema żadnych objawów w ciągu pierwszych dni piętnastu. Potem zjawia się nagle obrzęk ogólny gruczołów limfatycznych, który utrzymuje się około 10 dni, a potem znika. W długi czas po szczepieniu można znaleść jeszcze w gruczołach limfatycznych prątki, lecz nigdzie niema zmian gruźliczych. Prątki te pozostają nadal pozbawione zjadliwości i szczepienie gruczołów zawierających prątki zwierzętom zdrowym nie wywołuje w nich zmian gruźliczych.

Podobne wyniki otrzymał Calmette też u innych zwierząt (nie mogę wdawać się tu w szczegóły) streszczając je powiedzieć

*) Według wykładu wygłoszonego w Krak. Tow. Lek. w d. 3. III. 1926.

można: prątki nie wywołują żadnych objawów chorobowych, pozostają jednak przez długi czas (conajmniej kilka miesięcy) w narządach głównie w układzie limfatycznym, gdzie prawie bez reakcji ze strony ustroju spoczywają.

Wkrótce przekonał się Calmette, że zwierzęta szczepione tym szczepem, nabywają odporności względem prątków gruźliczych zjadliwych, i jeżeli zwierzęta szczepione B C G. zakazić jakąkolwiek drogą taką dawką prątków zjadliwych, która u zwierząt kontrolnych wywołuje z zupełną pewnością zakażenie śmiertelne, to zwierzęta szczepione pozostają przy zdrowiu i przy życiu.

Takich doświadczeń wykonał Calmette też sporą ilość i to na rozmaitych zwierzętach, więc świnkach morskich, królikach i t. d. Najciekawsze są może doświadczenia wykonane na bydle rogatem, gdzie sztuki szczepione bądź zakażał eksperymentalnie hodowlą prątków zjadliwych, bądź też poddawał je zakażeniu w sposób naturalny przez pomieszczenie we wspólnej stajni z sztukami gruźliczemi. Taki eksperyment wykonał między rokiem 1912 a 1915 w Lille, gdzie we wspólnej stajni z 5-ma krowami na pewne gruźliczemi pomieścił 6 jałówek wolnych od gruźlicy zaszczepionych dożylnie 20 mg. B. C. G. z 70-go przeszczepu na żółci oraz 4 jałówki nieszczepione jako kontrolne. Z sześciu jałówek szczepionych zaszczepił trzy powtórnie po roku, z tych trzech zaś po raz trzeci dwie po dwu latach. Miał zatem po 3 latach 2 szczepione 3 razy, 1 szczepioną 2 razy, oraz 2 szczepione tylko raz na początku (1 padła skutkiem nieszczęśliwego wypadku mianowicie uduszenia) oraz 4 kontrolne. Eksperyment został przerwany w r. 1915 skutkiem wypadków wojennych.

W czasie wojny Lille, gdzie Calmette pracował, zostało zajęte przez Niemców, a kiedy ci chcieli mu jego jałówki zabrać na mięso, Calmette kazał je po cichu zabić, wykonawszy poprzednio jeszcze próbę tuberkulinową. Ostateczny wynik pod koniec trzeciego roku tych eksperymentów był następujący. Z 4 sztuk kontrolnych 3 dostały gruźlicy, jedna nie. Z szczepionych dwu i trzechkrotnie żadna nie oddziaływała na tuberkulinę ani nie wykazywała na sekcji zmian gruźliczych. Jałówki natomiast raz tylko szczepione które po $1^1/_2$ roku od szczepienia były jeszcze wolne od gruźlicy, czego dowodził ujemny odczyn tuberkulinowy, po 3 latach wykazywały już i odczyn tuberkulinowy dodatni i zmiany gruźlicze na sekcji, z czego wnosić można, że szczepienie bydła B. C. G. powinno być powtarzane co roku, jeżeli ma być skuteczne, w ciągu drugiego roku bowiem odporność znikała.

W ostatnich czasach przeszedł Calmette do szczepień podskórnych u bydła, wstrzykując 100 mg. świeżej hodowli B. C. G. w podgardle, gdzie prątki te wywołują naciek utrzymujący się przez szereg miesięcy. Metoda ta według ostatnich spostrzeżeń okazała się skuteczniejsza niż inne sposoby szczepienia.

Ażeby zaś stwierdzić, co w jego szczepionce jest czynnikiem działającym, wykonał Calmette następujące doświadczenie. Część zwierząt uodpornił ciałami tłuszczowemi otrzymanemi z prątków przez wyciąganie ich alkoholem i acetonem, część tuberkuliną, część szczepem BCG zabitym, część BCG zabitym z dodatkiem tuberkuliny, część wreszcie BCG żywym. Okazało się, że ani lipoidy z prątków, ani prątki zabite, ani tuberkulina odporności nie nadają, jedynie uodparniają żywe prątki BCG.

Calmette tłumaczy to sobie w ten sposób, że prątki te, ulegając fagocytozie wchodzą w rodzaj symbiozy z komórkami ustroju, trwającej przez dłuższy przeciąg czasu i będącej podstawą odporności. Przy gruźlicy spotykamy się ze stanem t. zw. allergji, który polega na tem, że ustrój zakażony prątkami gruźliczemi oddziaływa na powtórne wprowadzenie prątków lub ich produktów znacznie szybciej i silniej, niż reagował na ich pierwsze wniknięcie. Skutkiem tego szybszego oddziaływania jest zazwyczaj unieszkodliwienie względnie rychłe wydalenie powtórnie wprowadzonych prątków z ustroju. Przy szczepieniu Calmett'owskiem chodzi właśnie o wytworzenie stanu allergji bez ryzyka dla ustroju. Prawdopodobnie odporność ta trwa tak długo, jak długo prątki BCG. utrzymują się w stanie żywym w organiźmie. Po ich obumarciu względnie wydaleniu z ustroju odporność ta zanika. Przez jakiś czas po szczepieniu spostrzega się często odczyn tuberkulinowy dodatni.

Ujemną stroną tego szczepienia jest także to, że można je bezkarnie stosować tylko u osobników wolnych od gruźlicy. Osobniki już zakażone wykazują allergję i to nietylko względem tuberkuliny, czy też superinfekcji prątkami normalnemi, ale ta allergja ujawnia się też przy wprowadzaniu szczepu B C G; ustrój gruźliczy oddziaływa nań podobnie jak na tuberkulinę. Dlatego autor radzi szczepić przedewszystkiem osobniki młode w pierwszych dniach życia, lub też osobniki przybywające z okolic wolnych od gruźlicy do zagruźliczonych.

Calmette badał też los prątków gruźliczych zjadliwych, które wprowadzał do ustroju zwierząt szczepionych swą metodą, celem stwierdzenia ich odporności. Okazało się, że prątki takie można było częstokroć jeszcze w kilka miesięcy po zakażeniu w narządach zwierzęcia odnaleść, gdzie leżały spokojnie niezdolne do wywołania jakichkolwiek zmian chorobowych w ustroju metodą Calmette'a uodpornionym. Jeżeli jednak je przenieść do ustroju np. świnki morskiej normalnej, to wywołują proces gruźliczy, jak zwykle. Także, jeżeli odporność wywołana metodą Calmette'a ustąpi, to te prątki mogą zacząć działać i wywoływać zmiany chorobowe.

Ciekawe są też doświadczenia Calmette'a i jego współpracowników na różnych małpach, które poprzedziły zastosowanie jego szczepionki u ludzi. Doświadczenia te wykazały, że szczep B. C. G. jest dla małp zupełnie niechorobotwórczy oraz że małpy szczepione, zakażone następnie prątkami zjadliwemi lub też pomieszczone w tej samej klatce z małpami choremi na otwartą gruźlicę, pozostawały zdrowe.

Po takich zatem kilkunastoletnich eksperymentach na zwierzętach przystąpił Calmette wreszcie w r. 1921 do uodparniania ludzi przedewszystkiem osesków w pierwszych 10 dniach życia. Wprowadza prątki drogą przewodu pokarmowego zawieszone w roztworze wodnym 4% gliceryny i 1% cukru gronowego. Jako dawkę polecił początkowo 2 mg. żywej hodowli szczepu B C G zawieszone w 2 cm^3 powyższego płynu na łyżeczce na $^1/_2$ godziny przed karmieniem. Dawkę tę radzi podać trzechkrotnie co drugi dzień między 4-ym a 10-ym dniem życia. Wkrótce jednak dawka ta uległa podwyższeniu do 10 mg. *pro dosi*, w całości zatem 3 cg.

Ilość osobników szczepionych w r. 1921 była znikomo mała. Weill-Hallé i Turpin, współpracownicy Calmette'a, wspominają o jednym tylko przypadku szczepionym w lipcu 1921. Było to dziecko narażone na gruźlicę, ponieważ jego babka, z którą się ciągle stykało, cierpiała na otwartą gruźlicę. Dziecko to pozostało do ostatnich czasów, więc przez przeciąg blisko 5 lat obserwacji zdrowe.

Natomiast w r. 1922 zaszczepił Calmette i jego współpracownicy 217 osesków przeważnie na oddziele położniczym szpitala Charité w Paryżu. Z tych 39 stracili oni z oczu. Pod kontrolą pozostało 178 osesków, z tych zmarło w ciągu pierwszych 18-tu miesięcy 9-cioro dzieci. Przyczynę śmierci można było określić w trzech przypadkach, w jednym była to *bronchopneumonia*, w 2 *gastroenteritis*, w 6-ciu przypadkach wiadomo tylko, że dzieci zmarły, przyczyna śmierci jednak pozostała nieznaną. 169 pozostałych dzieci rozwinęło się zupełnie prawidłowo. Szczepienie okazało się zatem zupełnie nieszkodliwem. Odczyn tuberkulinowy zbadano u 53 dzieci (24%) w 3-cim miesiącu po podaniu szczepionki, był ujemny w 88.7% przypadków, dodatni w 11.3%.

W ciągu następnego $1^1/_2$ roku obserwacji zmarło jeszcze 6-cioro dzieci, lecz w żadnym przypadku nie stwierdzono gruźlicy. Calmette względnie jego współpracownicy mieli sposobność zbadać z końcem roku 1925, zatem w 3 lata po zaszczepieniu, 94 dzieci. Wszystkie rozwijają się normalnie, jednakże tylko 17 z nich pozostaje w ciągłym kontakcie z osobami dotkniętemi otwartą gruźlicą.

W r. 1923 szczepienia doznały pewnej przerwy, w r. 1924 rozpoczął je Calmette na szerszą skalę na nowo. W czasie między 1-ym lipca 1924 r. a 1-ym lipca 1925 r. uodpornił 5183 noworodków. Z tych pozostało pod kontrolą 1317. U szczepionych 1. VII. 1924 r. kontrola ta trwa przeszło $1^1/_2$ roku, u później szczepionych trwa nieco krócej, u szczepionych w lipcu 1925 r. zaledwie nie wiele ponad $^1/_2$ roku. Z tych 1317 około 600 dzieci pozostało w kontakcie z osobami dotkniętemi otwartą gruźlicą. Z tych 600 pozostało do 1-go stycznia 1926 r. 586 dzieci przy zdrowiu i życiu. Z przytoczonych powyżej 1317 dzieci zmarło ogółem 107, w tem 96 na choroby napewne nie mające nic wspólnego z gruźlicą. W 3-ch przypadkach śmierci na 1317 dzieci stwierdzono na sekcji gruźlicę, jako przyczynę śmierci, w jednym przypadku znaleziono prątki w płynie mózgowo-rdzeniowym. Gdyby uwzględnić zatem te tylko zupełnie pewne przypadki, śmiertelność gruźlicy wynosiłaby 0.3%. Pozatem zmarło jednak w pierwszych 3-ch miesiącach 8 dzieci, u których jako przyczynę śmierci podano *meningitis*. Czy to było istotnie zapalenie opon mózgowych i na jakiem tle, nie wiadomo, gdyż były to przypadki zmarłe na prowincji, gdzie badanie dokładniejsze było niemożliwe. Wiele szczegółów zebranych co do tych pacjentów, przemawia jednak zatem, że była to *meningitis tuberculosa* i Calmette sam liczy je na niekorzyść swej metody. O ile przypadki te uwzględnimy, to ilość przypadków śmierci z gruźlicy wynosiłaby 11 na 1317 osesków, czyli 0.84%. Jeżeli zaś obliczyć odsetek tylko w stosunku do ilości dzieci narażonych na zakażenie, wynosiłaby śmiertelność z gruźlicy 11 na 600, czyli 1.8%. I ta cyfra zdaniem Calmette'a przemawiałaby bardzo za jego metodą, gdyż statystyka poradni przeciwgruźliczych fran-

cuskich wykazuje, że przynajmniej 25% dzieci pozostawionych w rodzinach gruźliczych umiera w ciągu 1-go roku na gruźlicę.

Calmette ostatnio przestrzega przed stosowaniem tuberkuliny u dzieci uodparnianych jego metodą w obawie, że tuberkulina mogłaby zmniejszyć odporność wywołaną przez podanie jego szczepionki.

W ostatnich czasach rozpoczęto próby nad metodą Calmette'a także poza obrębem Francji, więc w kolonjach francuskich, w Indo-Chinach, w Belgji, krajach anglo-saskich, oraz w Polsce, gdzie Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie zajął się sporządzaniem szczepionki z uzyskanego od Calmette'a szczepu. W Krakowie planowane jest w Instytucie Weterynarji i Med. Dośw. rozpoczęcie szczepień metodą Calmette'a u bydła rogatego, szczepionki dla ludzi nie będzie się tu narazie wyrabiać.

Takby się zatem przedstawiała metoda Calmette'a i jego statystyka. Co do oceny tej metody, to każdej metodzie szczepień ochronnych musimy postawić 2 postulaty: 1) szczepienie nie może zagrażać niebezpieczeństwem życia względnie poważniejszego schorzenia osoby szczepionej; 2) szczepienie powinno skutecznie zabezpieczać szczepionego przez określony przeciąg czasu przed właściwem zakażeniem. Musimy zatem zastanowić się, czy tym dwom postulatom metoda Calmette'a odpowiada, czy też nie.

Co do pierwszego, który wyprowadza się z uznanej oddawna w medycynie zasady *primum non nocere*, to stwierdzić musimy, że Calmette wprowadza prątki gruźlicy żywe lecz pozbawione zjadliwości. Zaznaczyć tu trzeba, że najbardziej uznane metody szczepień ochronnych, jak szczepienie przeciw ospie, które wytrzymało przeszło stuletnią próbę, szczepienie Pasteura przeciw wściekliźnie, wreszcie większość szczepień weterynaryjnych opiera się na tej właśnie zasadzie, t. j. na posługiwaniu się zarazkiem żywym o osłabionej zjadliwości. Metody szczepień zarazkiem zabitym nie dorównują ani w części co do skuteczności metodom opierającym się na zarazku żywym. Pod tym względem zatem Calmette jest stanowczo na dobrej drodze. Pytanie tylko czy zarazek jego B. C. G. jest istotnie tak dalece pozbawiony zjadliwości że wprowadzenie go do ustroju nie przedstawia żadnego dla tegoż organizmu niebezpieczeństwa?

Jeżeli zastanowimy się, do jakiej kategorji zmienności zaliczyć trzeba utratę zjadliwości przez prątek B. C. G., to określić tę zmianę wypadnie jako t. zw. modyfikację trwałą (Dauermodifikation). Przez modyfikacje rozumiemy w naukach przyrodniczych zmiany powstające pod wpływem jakichś czynników, które istnieją tak długo, jak długo czynnik taki działa, a kiedy działać przestanie, to już najpóźniej w następnej generacji wszystko wraca do pierwotnego typu. Jeżeli jednak czynnik działa intenzywnie względnie u zwierząt wyższych działa na plazmę zarodkową, to możliwem jest utrwalenie się takiej modyfikacji na stałe lub przez szereg następnych generacji. Takich modyfikacji trwałych opisano stosunkowo niewiele. Do klasycznych przykładów należą zmiany ubarwienia pewnych motyli utrwalające się pod wpływem niższych temperatur według obserwacji Standfussa i Fischera, zmiany obserwowane przez Towera u pewnego gatunku chrząszczy. Z bardziej nas interesujących przykładów należy tu oporność na leki u pewnych istot jednokomórkowych (Arzneifestigkeit).

Te modyfikacje trwałe, jakkolwiek z reguły utrzymują się na stałe, to jednak czasami się cofają i obserwowano nieraz po kilkuset generacjach nagłe cofnięcie się do pierwotnego typu. Wnioskując zatem *per analogiam* musimy powiedzieć, że cofnięcie się tej zmiany, którą otrzymał Calmette u swoich prątków przez hodowanie na żółci, i powrót do pierwotnej zjadliwej formy jest teoretycznie możliwy, jednakże mało prawdopodobny, wobec tego, że Calmette i inni autorowie nigdy schorzenia gruźliczego po zastosowaniu B. C. G. wśród rozlicznych eksperymentów nie spostrzegali. By w praktyce wykluczyć bezwzględnie tę możliwość powrotu do zjadliwości, trzeba jednak dalszych obserwacji, bo dotychczasowy okres czasu jest jednak jak na gruźlicę zbyt krótki. Przypuszczać można, że dalsza obserwacja stwierdzi, że ta bądź co bądź teoretycznie dopuszczalna możliwość powrotu B. C. G. do zjadliwości w praktyce nigdy nie zachodzi, jednak akta nad tą sprawą nie są jeszcze zamknięte.

Co do skuteczności metody Calmette'a, to prace z tej dziedziny można podzielić na eksperymenty na zwierzętach i obserwacje na ludziach. Co się tyczy doświadczeń na zwierzętach to stwierdzają one zgodnie, że sposobem Calmette'a można zwierzęta skutecznie na przeciąg 1 do 2-ch lat przeciw gruźlicy uodpornić zarówno przeciw zakażeniu naturalnemu, jak sztucznemu. Najtrudniej udaje się to u świnek morskich i królików, łatwiej u zwierząt większych. Co się tyczy materjału ludzkiego, to w pierwszych 2-u latach, szczepiono zarówno dzieci narażone na zakażenie gruźlicze jak nienarażone. Materjał z tych czasów dowodzi przedewszystkiem nieszkodliwości metody Calmette'a natomiast mniej jej skuteczności, ze względu na to, że tylko nieznaczna ilość dzieci szczepiona w r. 1922 mieszkała wspólnie z osobami prątkującemi. Dopiero od r. 1924 zwraca Calmette większą uwagę na to, by szczepiono przedewszystkiem narażonych na zakażenie.

Czas obserwacji tych przypadków jest stosunkowo krótki. Jeden przypadek szczepiony w r. 1921, nieco więcej w 1922 r., większa ilość w r. 1924 a zmiany gruźlicze w wieku dziecięcym nie występują głównie w 1-ym roku życia. Pomimo tych braków spotykamy jednak w statystyce Calmette'a szereg przypadków, gdzie dzieci narażone na zarażenie gruźlicze najprawdopodobniej dzięki szczepieniom zakażenia tego uniknęły. Śmiertelność z gruźlicy, dzieci szczepionych jest nieznaczna, dzieci zmarły prawie wyłącznie w ciągu 4-ch pierwszych miesięcy życia, zatem zakażone, zanim odporność szczepienna zdążyła się wytworzyć.

Wysuwa się tu też problem pierwszorzędnej wagi, problem rewakcynacji, który Calmette rozwiązał w zupełności co do szczepień u bydła, co do którego jednak nie wypowiedział się ostatecznie, o ile chodzi o ludzi. A problem nie jest taki prosty, jak się na pozór zdawało, bo u dziecka dwu lub trzechletniego warunki przedostania się prątka BCG przez ścianę jelit do układu chłonnego są jednakże inne niż u noworodka. Nasuwałaby się zatem konieczność może wprowadzenia prątka inną drogą, niż przy pierwszem szczepieniu, a zastrzyki podskórne BCG u ludzi często kończą się zropieniem i wydalaniem prątków szczepionkowych na zewnątrz. Calmette żywi narazie nadzieję, że może jednorazowe uodpornienie w pierwszych dniach życia wystarczy, sprawy tej jednak nie można uważać za rozstrzygniętą.

Jeżeli teraz zbierzemy razem statystyki Calmette'a i jego współpracowników, zalety tej metody i zastrzeżenia jakie przeciw niej podnieść można, to nasuwa się następujący wniosek praktyczny. Na szczepienie bez wyjątku wszystkich noworodków byłoby jeszcze zawcześnie, jak długo wątpliwości co do możliwości powrotu prątka BCG do jego formy pierwotnej zjadliwej nie zostaną przez dłuższą obserwację ponad wszelką wątpliwość rozwiane. Przytem masowe szczepienia bez możności dalszej obserwacji osobników szczepionych nie wiele przyczynią się do postępu naszej wiedzy. Wskazanem natomiast jest stosowanie metody Calmette'a u tych noworodków, które ze względu na gruźlicę w swem najbliższem otoczeniu na zakażenie się są szczególnie narażone. Jest rzeczą bowiem stanowczo korzystniejszą mimo wyżej sformułowanych zastrzeżeń zadziałać na organizm tych dzieci szczepem niezjadliwym a uodparniającym Calmette'a, niż wystawić je na wielce prawdopodobne zakażenie prątkami zjadliwemi.

Piśmiennictwo:

Calmette: L'Infection Bacillaire et la Tuberculose. Paris 1922. Masson et Cie. — Calmette et Guérin: C. r. des Séances de l'Acad d. Sciences. T. 147. p. 1456. 28. XII. 1908. T. 149. p. 716. 2. XI. 1909. — Ann. de l'inst. Pasteur. T. 25. p. 625. 1911. T. 27. p. 162. 1913., T. 28. p. 329, 1914. T. 34. p. 553 1920. T. 38. p. 371. 1924. — Calmette, Nègre et Boquet: Ann. de l'Inst. Past. T. 35. p. 561. 1921. T. 36 p. 625. 1922, T. 38. p. 399. 1924. — Calmette, Guerin, Weill-Hallé avec la collaboration de Boquet, Nègre, Wilbert, Léger, Turpin, Bull de l'Acad. de Médecine T. 91. p. 787. 24. VI. 1924. — Calmette, Guérin, Weill-Hallé, Nègre, Boquet, Wilbert. — Turpin: Presse Médicale 1925. Nr. 49. i 1926. Nr. 16. Bablet. Bull. de la Soc. de Path. exotique 13. V. 1925. Weill-Hallé et Turpin. Bull. de la Soc. méd. d. Hopit. 1925. Nr 39. p. 1589. — Calmette, Guerin, Nègre et Boquet: Ann. de l'Inst. Past. T. 40. Nr. 2. p. 89. 1926. Revue de la Tuberculose T. VII. Nr. 1. p. 5. 1926

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. Józef ALEKSIEWICZ. Lwów.

Leczenie złamań kości udowych za pomocą grotu Steinmanna *).

Jeżeli sądzić po wynikach leczenia złamań kości udowych to przyjść trzeba do przekonania, że w zatrważającej liczbie wypadków osobnik który uległ złamaniu staje się kaleką.

Albo więc środki jakiemi rozporządzamy są nie wystarczające, lub też bywają niewłaściwie użyte, zrosty bowiem silne i mocne łączą odłamki znacznie względem siebie przesunięte. To przesunięcie odłamków nie jest znowu tak bez znaczenia jakby to się na pozór zdawać mogło. Powoduje bowiem skrócenia i wygięcia kończyny, czyni z chorego mniej lub więcej ciężkiego kalekę. Skrócenia kończyny wygięcia i złamania, nadmierna addukcja czy też skręt do wewnątrz wszystko jako następstwo t. zw. „złamania źle zagojonego" nie tylko lokalnie daje się choremu we znaki

*) Według odczytu w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem z dnia 12. V. 1922.

i utrudnia zdolność poruszania się, lecz wpływać może ujemnie i na inne części organizmu. W następstwie oszczędzania ruchu występuje skłonność do otyłości. Nadmierny wysiłek fizyczny przy



Ryc. 1.



Ryc. 2.

wprawianiu w ruch bezwładnej masy ciała wyciska swe piętno na mięśniu sercowym. Opad miednicy po stronie chorej wytwarza z czasem zwłaszcza przy istniejącej predyspozycji boczne wygięcie kręgosłupa. Na ryc. 1 i 2 widać jako następstwo skrócenia 4 cm wystąpienie bocznego skrzywienia kręgosłupa w pierwszych tygodniach po zagojeniu złamania uda.

Zależnie od zawodu, skrócenie stwarza niezdolność do pracy w następstwie czego wymusza wypłaty rent ubezpieczeniowych lub inwalidzkich, a wiemy, że renta taka nie stoi w żadnym stosunku do utraconej swobody poruszania, nie wyrównywa normalnego zarobku skutkiem czego stwarza z właściciela renty zgryźliwego malkontenta. Dobry wynik wyleczenia złamań t. j. konsolidacja odłamków bez przesunięcia odłamków, w linji idealnej, ma obok znaczenia czysto lekarskiego wielkie znaczenie socjalne dla państwa. Za Kirschnerem zwrócę uwagę na tę sprawę i przedstawię w ramach naszych stosunków. Weźmy że tylko w Małopolsce jest 1000 inwalidów, ze źle wygojonemi złamaniami uda, którzy pobierają miesięcznie 20 zł. renty. Czyni to rocznie zł. 240.000 zupełnie niepotrzebnie wydanych z wyciśniętych podatków z tem, że każdy z tych rencistów aby być zadowolonym pobierać by powinien kilkanaście razy więcej. Wziąłem tylko skromną liczbę 1000 i nie uwzględniłem dwu innych dzielnic.

O leczeniu złamań kości udowej pisano wiele a szczególniej bogatem w tym temacie jest piśmiennictwo niemieckie, zwłaszcza z czasów minionej wojny. Dowód to, że kwestja leczenia złamań kości udowej jest nie rozwiązaną, a dyskusja na ten temat jest jeszcze ciągle otwartą.

Jestem głęboko przekonany o prawdziwości tego twierdzenia, codziennie zresztą przypadki znacznych skróceń kończyny po złamaniach uda, te tak zwane „źle wyleczone złamania" w przekonaniu mojem mnie utwierdzają.

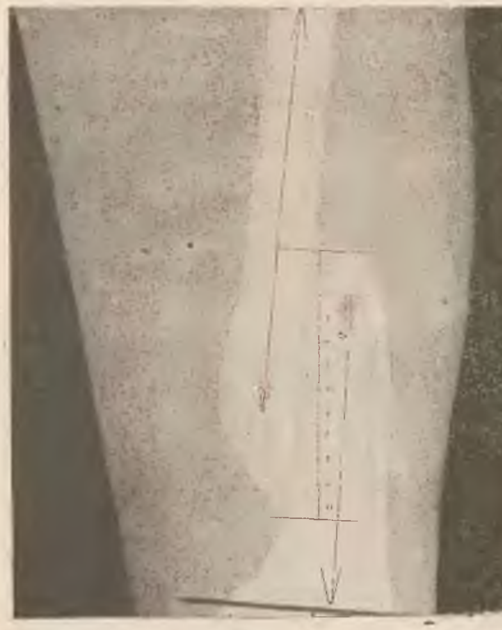
Poniżej przedstawiam zdjęcie roentgenowskie (ryc. 3 i 4) takiego „wygojonego" złamania nieskomplikowanego, przypadku z ostatnich miesięcy który został przysłany do mnie celem „leczenia ortopedycznego".

Jeżeli złamania uda zwykłe, nieskomplikowane sprawiają tyle kłopotu, cóż mówić dopiero o złamaniach z powikłaniem, które już nie tylko grożą ciężkiem kalectwem ale wprost utratą życia.

Ciężkość przebiegów złamań kości udowej powikłanych zapaleniem ropnem skutkiem przerwania ciągłości skóry, w całej swej grozie dało się poznać w latach wojny 1914—1921 z których to czasów pochodzą moje liczne obserwacje i bogate doświadczenie.

Rozległe piśmiennictwo daje dokładny obraz środków jakiemi rozporządzamy w walce z tem złośliwem cierpieniem.

Prawo obywatelstwa zyskał wyciąg Grune-Bardenheierowski wraz z dodatkiem sanek Vollkmanna. Sposób łatwy w użyciu rozpowszechnił się i wszędzie szablonowo jest zastosowywany.



Ryc. 3.

„Wyleczone złamanie kości udowej. Zdjęcie przednio-tylne. Skrócenie 11 cm!

Nie można mu odmówić wartości i daje niekiedy dobre wyniki zwłaszcza w zastosowaniu do przypadków niepowikłanych.

Tę okoliczność, że czasami skóra wrażliwa nie znosi przylepca, że wyrób plastrów przylepcowych wiele do życzenia pozostawia, ominąć można przez zakładanie kamaszu Calotowskiego.



Ryc. 4.

Odłamek dolny (distalny) w typowem zgięciu ku tyłowi. Leczenie wyciągiem plastrowym z obciążeniem 5 kg.

W przypadkach jednak zranień powikłanych, całą naszą uwagę zwrócić musimy w kierunku zakażenia, a wówczas szerokie płaty przylepca będą przeszkodą w obserwacji, jakoteż muszą być zdjęte w razie konieczności wykonania nacięcia dla odpływu ropy.

Steinmann podając w roku 1907 swój sposób wyciągu gwoździowego, dał możność uzyskania zrostów jaknajbardziej zbliżonych do idealnych, zastosowany zaś ten sposób przy złamaniach skomplikowanych nie da się zastąpić żadnym innym.

Aby okazać na czem polegają zalety sposobu wyciągu metadą Steinmanna, należy przypomnąć rodzaje złamań, stany przemieszczań odłamków kostnych, w formach zaś powikłanych na-

leży zrozumieć ważność zmian procesów patologicznych w następstwie urazu powodującego złamanie, powstałych. Wychodząc z założenia opartego na mojem doświadczeniu, że przyczyną złych zrostów jest obok działania siły kontrakcyjnej mięśni, dążność do pewnego typowego ustawiania się odłamków proksymalnego i dystalnego; dzielę złamania kości udowej na dwie grupy.

Do grupy pierwszej zszeregowuję złamania powstałe w górnej części kości udowej poniżej krętarzy mniej więcej schodzące do granicy $^1/_3$ górnej i środkowej uda.

Złamania główki i szyjki kości udowej zachowują się odmiennie i o nich tu nie mówię. Charakterystyczną cechą tej pierwszej grupy złamań jest dążenie do przesunięcia się odłamka górnego na stronę zewnętrzną skutkiem działania silnych mięśni pośladkowych i licznych mięśni mających swój przyczep na kośćcu miednicy i w okolicy krętarzy. Prócz tego mięsień biodrowo-lędźwiowy



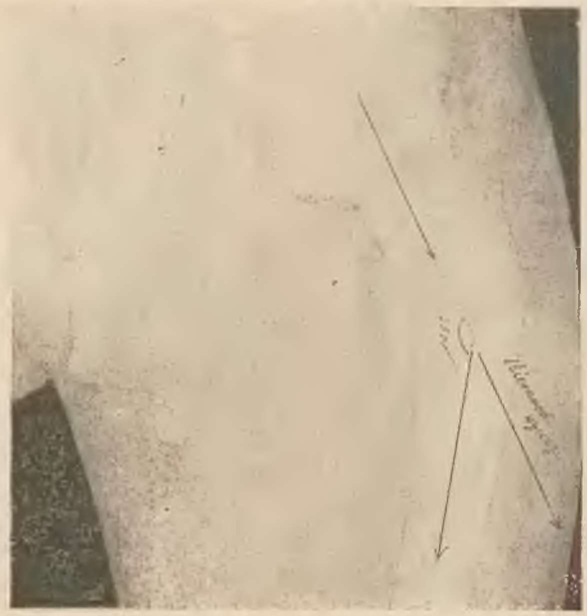
Ryc. 5.

uczepiony do krętarza małego podnosi odłamek górny ku górze. Na odłamek dolny dłuższy działa siła mięśni przywodzących skutkiem czego odłamek dolny ustawia się w znacznej addukcji. Pomiędzy odłamkiem górnym i dolnym powstaje w ten sposób kąt rozwarty wierzchołkiem zwrócony nazewnątrz który w rezultacie daje silne wystawanie w okolicy krętarzy (ryc. 5, 6, 7).



Ryc. 6.

Na rycinie 6 widoczne odchylenie nazewnątrz górnego odłamka, dolny przesunięty ku stronie wewnętrznej i ku górze styka się z górnym w okolicy szyjki. Prócz tych charakterystycznych zmian w ustawieniu odłamków możemy mieć nasunięcie odłamków na siebie pod wpływem siły ściągającej mięśni długich uda i skręt kończyny do wewnątrz. Jeżeli w takiej pozycji nastąpi ustalenie złamania — powstaje kaleka o nodze krótszej, skręconej do wnętrza z kłębem w okolicy krętarzy silnie wystającym.



Ryc. 7.

Do drugiej grupy złamań zaliczam powstałe w $^1/_3$ dolnej kości udowej. Pod wpływem działania mięśni łydkowych mających swój przyczep na kłykciach kości udowej od tyłu odłamek dolny krótszy ma skłonność odchylania się ku tyłowi (ryc. 4), a końcem swoim uciska w kierunku naczyń. Górny odłamek z chwilą złamania znajduje się pod wzmożonym wpływem mięśni lędźwiowo-biodrowych czyli ustawia się w mniej lub większem zgięciu tak, że owo odchylenie ku tyłowi odcinka dolnego będzie tem więcej podkreślone. Cechy te nadają złamaniu swoisty charakter. Równocześnie występujące działanie silnych mięśni długich uda przesuwa oba odłamki względem siebie przyczem dolny odłamek leży zwykle poza górnym. Nie rzadko oba odłamki zwłaszcza przy wyciągnięciu wspierają się o siebie powierzchnią złomu, a wówczas górny odłamek wygina się również ku tyłowi tworząc kąt rozwarty ku przodowi (ryc. 4).

Ustalenie tworzy kończynę krótszą upośledzającą chód i czyni go nużącym. Złamania trafiające środek kości udowej nie wykazują cech odmiennych. Można powiedzieć, że cechy omówionych dwu grup poprzednio, będą tu również zaznaczone zależnie jak daleko od środka kości umiejscowi się złamanie. Obserwujemy zatem zawsze mniejsze lub większe odchylenie nazewnątrz i ku górze odłamka górnego, ku tyłowi odłamka dolnego, zawsze skręt i zawsze silną kontrakcję, zależnie od czasu jaki upłynął od złamania.

Znając zasadnicze typy złamań kości udowej, możemy dopiero ocenić precyzję wyciągu Steinmannowskiego w całej pełni, a to tembardziej jeżeli nasze twierdzenia poprzemy wynikami uzyskanemi przy pomocy tego właśnie sposobu leczenia.

Historje chorób ilustrować musiałem dowodowemi zdjęciami roentgenowskiemi, którym słów parę poświęcić muszę. Technicznie nie są one takiemi jakiemi być powinne z tego powodu, że robione były w czasach ogólnych braków. Materjał klisz był jak najgorszy, a część zdjęć była robiona wprost na papierze negatywnym, stąd bladość rysunków, zatarcie szczegółów, a retusz czasami nazbyt widoczny. Ze względów oszczędnościowych nie można było wykonać lub rzadko zdjęć przed leczeniem, a na końcowe musiano uzyskiwać wyjątkowe zezwolenia dowództwa Szpitala. Mimo te wady, widoczne jest na zdjęciach położenie odłamków względem siebie i kierunek osi kończyny; co dla dowodowej myśli wykazania skuteczności sposobu Steinmanna, wyciągu w łóżku Florschütza i aparacie Ansinna w zupełności wystarcza. I jeszcze jedna uwaga. Zdjęcia należy wykonywać zawsze w dwu projekcjach przednio-tylnej i bocznej. Pouczającym przykładem w tym względzie są ryciny 9, 10, 16, 17. Mimo, że w zdjęciu przednio-tylnem odłamki ustawiają się w linji prostej idealnej, w zdjęciu bocznem spotykamy niespodzianki w postaci niezupełnie wyrównanych lub mało, typowych odchyleń dolnego odłamka

ku tyłowi o czem mówiłem przy podziale na grupy. Te tyło zgięcia odłamka dolnego przyczynę swoją mają w trudności kierowania odłamkiem dolnym o czem następnie mówić będę. O ile jednak niema równoczesnego nasunięcia odłamków na siebie (kontrakcja), wynik czynnościowy przy równej długości obu kończyn w takim wypadku uważać należy za znakomity tembardziej, że ustawienie takie zmian w konturach uda za sobą nie pociąga. W piśmiennictwie naszem tematem, który w niniejszej pracy poruszam nie zajmywano się zupełnie, to też tembardziej uważam za swój obowiązek przedstawić własne moje spostrzeżenia, i wypełnić lukę w tem dziale.

Historje chorób złamań uda.

A) Ze Szpitala zapasowego W. P. „Technika" we Lwowie.

L. p. 1. Szeregowiec Paszak Stefan, 10 p. p. Ziemi Cieszyńskiej, 3 komp. kar. masz., ur. 1885 r. w Ligocie ad Bielsko.

Rozpoznanie: *Fractura sclopetaria femoris sinistri.*

Przyjęty dnia: 1. VII. 1919. Opuścił szpital: 23. IX. 1919.

Wywiady: Raniony dnia 24. VI. koło Złoczowa kulą karabinową, przywieziony na oddział w szynie.

Stan obecny: Ślepy postrzał uda lewego na zewnętrznej stronie w $^1/_3$ dolnej. Udo nieprawidłowo wygięte, bolesne przy najlżejszem poruszeniu, obrzękłe. Skrócenie kończyny o 5 cm. Ciepłota ciała dochodzi wieczorami do 38.5.

Leczenie: Dnia 3. VII. 1919 r. założenie grotu Steinmanna przez kość goleniową. Ułożono kończynę na aparacie Ansina i wyciąg obciążono siłą 6 kg. Od dnia 4. VII. do 8. VII. dodawano codziennie po 2 kg. tak, że 8. VII. działa już siła 15 kg. Ciepłota ciała w pierwszych dniach działania wyciągu w miarę podwyższania ciężarów podnosi się również aż do 39° poczem po zadziałaniu stałego obciążenia o sile 15 kg. opada do normy. Dnia 23. VII. i 24. VII. odejmowano po 2 kg. a 25. VII. odjęto 1 kg. tak, że od 25. VII działa już siła wyciągu równa 10 kg. Dnia 7. VIII. zdjęto wyciąg i usunięto grot Steinmanna.

Zdjęcie roentgenowskie wykazało na zdjęciu przednio-tylnem ułożenie odłamków licznych w normalnej pozycji bez kontrakcji, która byłaby z całą pewnością nastąpiła. (Ryc. 8.).



Ryc. 8.

Założono opatrunek gipsowy od bioder aż do palców. Dnia 23. IX. zdjęto opatrunek gipsowy, długość obu kończyn 81 cm.

L. p. 2. Szeregowiec: Franciszek Szporek, 3. Bataljon Strzelców. Ur. 1900 r.

Dzień przybycia: 24. VII. 1919. Opuścił szpital: 25. IX. 1919.

Rozpoznanie: *Fractura sclopetaria femoris sinistri.*

Wywiady: Raniony 11. VII. w Jazłowcu kulą karabinową. Przebywał w szpitalu w Buczaczu skąd dnia 24. VII. przewieziony został na oddział we Lwowie w szynowem ustaleniu.

Stan obecny: Przestrzał w linji poprzecznej uda w połowie jego długości, aseptyczny. Rany wielkości kalibru kuli, pokryte strupem. Kończyna nieprawidłowo ruchoma w połowie długości uda, skrócona o 7 cm. skręcona do wewnątrz.

Leczenie: Dnia 24. VII. założenie grotu Steinmanna, przez kłykcie kości udowej i zawieszenie na łóżku Florschütza-Waegnera z natychmiastowem obciążeniem siłą 6 kg.

W następnych dniach od 29. VII. do 3. VIII. dodawano po 2 kg. tak, że od 3. VIII. działa stale siła 15 kg. Ciepłota ciała z 38° spadła do normy w pierwszych dniach działania wyciągu, w następnych w miarę dodawania ciężaru lekko się wznosi nie przekracza jednak 38°. Od dnia 3. VIII. chory bez gorączki. Dnia 26. VIII. zatem po dniach 29, zdjęto wyciąg i usunięto grot Steinmanna. Długość obu kończyn wynosi 87 cm. Założenie opatrunku gipsowego. Zdjęcie roentgena obok załączone wykazuje zrost bez kontrakcji odłamków. W zdjęciu przednio-tylnem (rys. 9) mimo silnego rozbicia kości na odłamki, konsolidacja w linji pro-



Ryc. 9.

stej. Na zdjęciu kontrolnem bocznem widoczne przesunięcie ku tyłowi (typowe) odłamka distalnego zrośniętego z całością silną kostniną tak, że nasunięcia odłamków a temsamem i skrócenia kończyn chory uniknął.



Ryc. 10.

L. p. 3. Szeregowiec Żeleński Czesław, 3 p. p., 10 kompanja. Ur. 1898 r. w Suchocinie Ziemi Warszawskiej, powiat Płoński. Rz. kat.

Rozpoznanie: *Fractura sclopetaria comminutiva diaphyseos fem. sin.*

Wywiady: Raniony kulą karabinową pod Zbarażem dnia 12. VII. 1919. Odesłany do Lwowa na Technikę w dobrem uszynowaniu. Opuścił szpital dnia 10. X. 1919.

Stan obecny: Dnia 17. VII. 1919. Wstrzał wielkości kalibru kuli karabinowej w $^1/_3$ górnej uda lewego po stronie wewnętrznej, wystrzału brak. Kończyna w miejscu ranienia nieprawidłowo

ruchoma, lekko obrzękła. Rana zasklepiona i pokryta opatrunkiem Kończyna zraniona krótsza o 4 cm. stopa po odjęciu opatrunku szynowego okazuje skłonność skręcenia nazewnątrz. Poruszenia kończyną bardzo bolesne. Temperatura przy badaniu 36.8, tętno regularne, silnie napięte 88 na minutę. Język wilgotny. Prześwietlenie promieniami Roentgena (zdjęcia nie robiono ze względu na mały zapas płyt) wykazuje: *Dislocatio ad axim, peripheriam et longitudinem cum contractione*. Liczne odłamki kostne i części pocisku, uszkodzenie kości na przestrzeni 10 cm.

Leczenie: Dnia 19. VII. wkręcenie grotu Steinmanna 3 mm. grubego w część nasadową kości goleniowej w kierunku poprzecznym, w znieczuleniu krótkiem morfinowo-eterowem. Zabieg w przeciągu 2 minut ukończono, poczem założono opatrunek aseptyczny. Na wystające końce gwoździa włożono klamrę Steinmanna za którą od tej chwili zaczęto naciągać. Ułożono chorego na łóżku z urządzeniem Florschützа i założono wyciąg w lekkiem zgięciu kończyny w stawie kolanowym, obciążając wyciąg siłą 7 kg. W dniach 20., 21., 22. i 23. VII. codziennie dodawano po 2 kg. obciążenia tak, że 23. VII. wynosiło ono 15 kg. która to siła działała aż do 8. VIII. t. j. przez 17 dni.

Od 8. VIII. do 10. VIII. odejmywano stopniowo aż do 5 kg. Od 10. VIII. do 20. VIII. działała siła 1 kg. t. j. przez dni 10. W dniu tym zdjęto wyciąg zupełnie i wyjęto grot, który pozostawał przez 35 dni. Długość kończyn obu wynosiła 92 cm. Skrócenia niema. Kończyna ustawiona w linji prostej. Kolano lewe obrzękłe w obwodzie 36 cm. Prawe 34 cm. Ruchomość czynna w kolanie lewem około 45.

Dnia 27. VIII. ranki po grocie bez reakcyj pokryte strupem. Chory pozostawiony bez żadnego ustalenia z powodu silnego zrostu i wyczuwalnej mocnej kostniny w miejscu złamania. Roentgen wykazuje: w zdjęciu od przodu ku tyłowi zrost w linji idealnej



Ryc. 11.

z widocznem ustawieniem licznych odłamków kostnych w linji podłużnej (ryc. 11). W zdjęciu (ryc. 12), wewnętrzno-zewnętrznem kontrolnem,widoczne nieznacznego stopnia przesunięcia odłamka obwodowego ku tyłowi (typowe) ustalone silną kostniną. Dn. 11. IX. 1919 pozwolono choremu chodzić na razie o kuli i zastosowano leczenie następowe. Dnia 10. X. 1919 (ruchy w kolanie normalne, chodzi bez pomocy lasek) odesłano chorego z wnioskiem 3 miesięcznego urlopu, poczem ma się zgłosić do służby.

L. p. 4. Chmielowski Zygmunt, 9. Esk. lotnicza. Ur. 1899 r., rz. kat.

Rozpoznanie: *Fract. sclop. femoris sin. comminutiva.*

Wywiady: Raniony dnia 12. VIII. 1919 pod Dubnem kulą karabinową. Przywieziony do szpitala na Technikę dnia 16. VIII. w uszynowaniu bez ujęcia bioder.

Stan obecny: Dnia 17. VIII. kończyna lewa wykazuje ruchomość w połowie długości uda lewego jest krótszą o 6 cm, od prawej. Bóle przy każdem poruszeniu. Przestrzał w linji strzałkowej, wstrzał z przodu uda, wystrzał od tyłu. Rany pokryte strupem nie ropieją.

Leczenie: Dnia 17. VIII. założenie wyciągu Steinmanna grot w odurzeniu eterowem przeprowadzono przez kłykcie kości udowej, poczem całą nogę ułożono na aparacie Ansina obciążając kończynę 7 kg. Ciepłota ciała utrzymująca się przed założeniem ustalenia na 38°, opadła w pierwszych 3 dniach do 36.8 i odtąd stale przez cały czas leczenia utrzymuje się. W dniach 18., 19., 20., 21. i 22. VIII. dodawano codziennie po 2 kg. obciążenia tak, że 28. VIII. ustala już wyciąg kończynę siłą 15 kg. W 16 dniu wyciągu t. j. 30. VIII. pomiar kończyny *wykazał 3 cm. wydłużenia.*



Ryc. 12.

W dniach następnych odejmywano po 2 kg. ciężaru tak, że przy obciążeniu 10 kg. długość kończyn była z powrotem równa. Z tem obciążeniem chory leżał aż do 1-go października 1919 w którym to dniu zdjęto wyciąg.

Ekstenzja trwała zatem przez 46 dni t. j. od 17. VIII. do 1. X. Grot wyjęto, zdjęcie roentgenologiczne i założenie opatrunku gipsowego. Ruch w stawie kolanowym 90°. Po 4 tygodniach zdjęto gips i chory zaczął leczenie następowe. Zdjęcie roentgenowskie w linji przednio-tylnej (ryc. 13) wykazuje t. zw. motylkowate roz-



Ryc. 13.

szczepienie kości zrośnięte w linji idealnej bez przesunięcia. Na zdjęciu bocznem (ryc. 14) widoczne ułożenie odłamków również w osi idealnej, dzięki znakomitej mechanice zaczepienia wyciągu i działaniu podpory twardej aparatu Ansina.

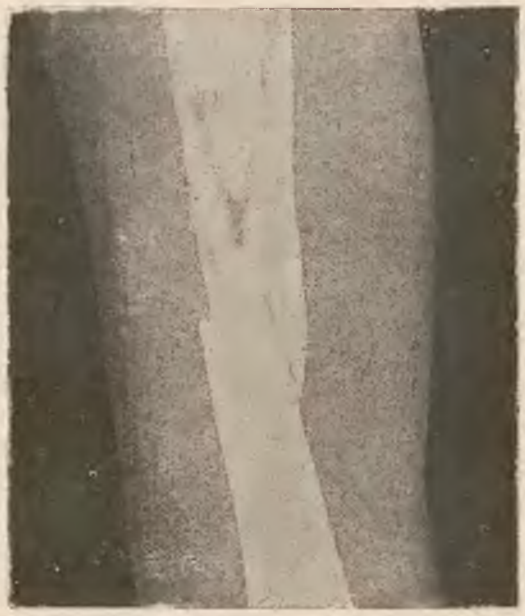
L. p. 5. Por. Jan Demków, ur. 1892, Mielec.

Przyjęty do Szpitala dnia 18. III. 1919.

Rozpoznanie: *Fractura sclopetaria femoris sin.*

Wywiady: Raniony kulą karabinową dnia 18. III. 1919 w Domarżu, opatrzony prowizorycznie i w kilka godzin po zranieniu przywieziony na oddział.

Ślepy postrzał uda lewego w $^1/_3$ górnej uda lewego po stronie przedniej. W okolicy krętarza wielkiego dużych rozmiarów krwiak. Bóle bardzo silne.



Ryc. 14.

Stan obecny: Nawet uszynowana kończyna, przy najlżejszem poruszeniu kończyną wykazuje nieznaczne skrócenie, addukcję i rotację nazewnątz. Roentgen dnia 19. III. 1919 wykazał: Złamanie tuż pod krętarzem kości udowej lewej w $^1/_3$ górnej. Rozszczep sięga daleko aż do trzonu kości. Pocisk tkwi w okolicy krętarza wielkiego (ryc. 15).



Ryc. 15.

Leczenie: Dnia 19. III. w narkozie eterowej założono grot Steinmanna przez kłykcie kości udowej poczem zawieszono kończynę na łóżku Florschütza z obciążeniem 7 klgr. dochodząc już 23. III. do 15 klgr., które to obciążenie pozostało aż do 7. V. 1919 t. j. przez 50 dni. Bezpośrednio po założeniu wyciągu bóle znikły zupełnie tak, że chory w godzinę po założeniu gwoździa swobodnie oddaje się lekturze. Ustawienie kończyny w silnej abdukcji. Dnia 15. IV. 1919 krwiak zupełnie zresorbowany. Rana wstrzałowa zagojona. Ciepłota w pierwszych dniach najwyżej 37.6°. Następnie utrzymuje się do 37.4°. Dnia 7. V. zdjęcie wyciągu i wyjęcie grotu, choremu zezwolono wstawać. Dnia 9. V. zrost słaby w następstwie czego zauważyć się daje abdukcja kończyny. Z tego powodu założono opatrunek gipsowy ustalający od pasa biodrowego przez stopę aż do palców. W opatrunku chodzi chory o kulach. Dnia 24. VI. zdjęto gips, zrost silny. Długość obu kończyn 87 cm. Ruchy w kolanie możliwe do kąta 45°.

Zdjęcie roentgena (ryc. 16) wykazuje ustawienie odłamków kostnych w idealnej pozycji, z wgojonym pociskiem w okolicy krętarza dużego i z częścią kuli karabinowej w mięśniach. Rozszczep sięga głęboko aż do trzonu kości. Nachylenie szyjki do trzonu normalne.



Ryc. 16.

L. p. 6. Plutonowy Józef Fluss, 9 kompanja Strzelców lwowskich 40 p. p., rel. mojż., ur. 1897 r.

Przybył do szpitala: 13. V. 1919. Opuścił szpital dnia: 3. VII. 1919.

Rozpoznanie: *Fractura sclopetaria femoris sinistri.*

Wywiady: Raniony dnia 13. V. 1919 kulą karabinową pod Zaszkowem, dostawiony na oddział w prowizorycznej szynie w kilka godzin po zranieniu.

Stan obecny: Przestrzał uda lewego. Wstrzał na przedniej powierzchni uda lewego w połowie długości w $^1/_3$ dolnej, wystrzał od tyłu 3 palce powyżej kłykcia zewnętrznego uda. Kończyna prawa 81 cm, lewa 77 cm. Skrócenie 4 cm. Kolano obrzękłe, bolesność znacznego stopnia przy poruszaniu, wygięcie nienormalne kończyny w miejscu złamania.



Ryc. 17.

Leczenie: Dnia 15. V 1919 założono grot Steinmanna przez kłykcie kości goleniowej w uśpieniu eterowem i zawieszono kończynę na łóżku Florschütz-Waegnera obciążając wyciąg siłą 6 kg. Chory bez gorączki. Dnia 7. V. dodano 3 kg. dnia 19. V. dodano 2 kg. Dnia 21. V. cała siła wyciągu wynosi 15 kg.

Dnia 30. VI. zdjęcie wyciągu. Obie kończyny równej długości 81 cm. Ruchomość kolana około 45 stopni. Założono opatrunek gipsowy w którym chory chodzi o kulach. Dnia 3. VII. 1919 zdjęto opatrunek gipsowy.

Chory rozpoczyna leczenie następowe.

Zdjęcie roentgena przednio-tylne (ryc. 17) wykazuje ustawienie odłamków w idealnej osi bez przesunięć, zrost silny. W zdjęciu bocznem (ryc. 18) natomiast widoczne ustawienie odłamka kostnego wybitego z okolicy ponad kłykciem zewnętrznym w formie prostokąta wielkości 3×5 cm.



Ryc. 18.

L. p. 7. Szeregowiec Burda Stanisław, 8 p. p., 9 komp. Stan wolny. Rolnik. Ur. 1893 r. w Częstochowie. Rz. kat.

Rozpoznanie: *Fractura complicata comminutiva femoris dextri.*

W leczeniu od dnia 20. VI. do dnia 10. VIII. 1919.

Wywiady: Raniony dnia 17. VI. 1919 pod Brzeżanami kulą karabinową, dostawiony na oddział w uszynowaniu prowizorycznem.

Stan obecny: Wstrzał na przedniej powierzchni uda prawego w linji środkowej w $^1/_3$ górnej, wystrzał na stronie tylnej w linji środkowej poniżej fałdu pośladkowego. Kość złamana. Kończyna w addukcji i skręceniu na wewnątrz krótsza o 4 cm. Ciepłota ciała wieczorami dochodzi do 38° stan ogólny dobry.



Ryc. 19.

Leczenie: Dnia 20. VI. 1919 założono grot Steinmanna w znieczuleniu miejscowem przez kłykcie kości udowej i zawieszono kończynę na łóżku Florschütz-Waegnera w początkowem obciążeniu 7 kg. Siłę wyciągu zwiększano stopniowo tak, że od dnia 26. VI. działa stale siła wielkości 15 kg. Od dnia 26. VI. chory bez gorączki, rany wstrzałowe przyschnięte. Ułożono kończynę w abdukcji stopniowo zwiększając kąt odchylenia. Dnia 7. VIII. 1919 zdjęto wyciąg i wyjęto grot który tkwił dni 48 i nie powodował żadnego odczynu zapalnego. Zrost silny, stwierdzony zdjęciem roentgena (ryc. 19).

Ustawienie odłamków połączonych ze sobą silną kostniną w linji idealnie prostej bez przemieszczenia odłamków. Zdeformowane części pocisku po stronie wewnętrznej. Długość obu kończyn 93 cm. Ruchy w stawach mało ograniczone.

L. p. 8. Szeregowiec Mrozowski Leon, 19 p. p., 2 komp. Ur. 1900 r., Łyszkowiec pow. Łowicz. Rz. kat.

W leczeniu od dnia 30. IV. 1919 do 15. VIII. 1919.

Rozpoznanie: *Fractura complicata comminutiva diaphyseos femoris sinistri. V. slop. femoris dextri.*

Wywiady: Ranny dnia 30. IV. 1919 w Glinnej kulą karabinową, zaopatrzony, uszynowany i zaraz dostawiony na oddział w kilka godzin po zranieniu.

Stan obecny: Dnia 30. IV. 1919 przestrzał poprzeczny uda lewego w połowie długości ze złamaniem kości udowej. Rana wystrzałowa po stronie wewnętrznej o brzegach poszarpanych wielkości dwudziesto groszówki. Kolano i udo obrzękłe, bolesne. Na udzie prawem postrzał ślepy kulą karabinową na stronie przednio-wewnętrznej w okolicy pachwiny. Rana ta wielkości koronówki o brzegach poszarpanych, okolica obrzękła bolesna. Z rany wydobywa się płyn surowiczo-krwawy. Założono opatrunek szynowy i opatrunek aseptyczny. Dnia 1. V. 1919 w uśpieniu chloroformowem założono grot przez kłykcie kości goleniowej lewej i zawieszono kończynę na łóżku Florschutz-Waegnera pod działaniem siły 7 kg. Nakłucie kolana lewego wykazuje obecność płynu surowiczo-krwawego w ilości 12 cm³ Chory gorączkuje do 39.2. Na udzie prawem rana ropieje i zmusza do nacięcia, które dnia 2. V. 1919 w krótkotrwałem uśpieniu wykonano. Głęboko w mięśniach tkwił zdeformowany pocisk karabinowy który usunięto, a poszarpane i nalotem obłożone brzegi wycięto.

Dnia 3. V. ciepłota ciała z 39.2 opada rano do 37.4, po południu zaś do 36.5 poczem wieczorem krwotok żylny z rany na udzie prawem który zatamowano przez silniejsze uciśnienie opatrunku. Dnia 5. V. zmiana opatrunku.

Dnia 6. V. 1919 silny krwotok z rany na udzie prawem zmusza do natychmiastowego podwiązania *art. et vena femoralis profunda.* Po podwiązaniu tlen i infuzja soli fizjologicznej w ilości 1 litra.

Od dnia 8. V. do 15. V. stopniowe dodawanie ciężarów tak, że w dniu 15. V. siła wyciągu wynosi na kończynie lewej 15 kg. Opatrunek zmieniano co 2—3 dni na udzie lewem i prawem, których rany silnie ropieją. Ciepłota ciała utrzymuje się wysoko do 40° C.



Ryc. 20.

Od dnia 15. V. spadek ciepłoty do 38° C, rany goją się prawidłowo. Od dnia 29. V. chory bez gorączki. Kończyna lewa o 2 cm.

od prawej dłuższa. Zmniejszenie siły wyciągowej do 13 kg. która działa aż do 12. VIII. w którym to dniu zdjęto wyciąg i usunięto grot. Grot tkwił 104 dni. Zrost silny, rany zagojone. Roentgen wykazał (ryc. 20) ustawienie odłamków w dobrej pozycji i silną kostninę. Długość obu kończyn równa wynosi 89 cm.

L. p. 9. Szeregowiec Tokarczuk Jan, 39 p. p., 10 kompanja, ur. 1890 r. Wieś Czahary pow. Zbaraż.

Rozpoznanie: *Fractura complicata (sclop) femoris sinistri.*

W szpitalu od 29. VI. 1919 do 25. XI. 1919.

Wywiady: Ranny dnia 21. VI. 1919 kulą karabinową. Leczony w szpitalu polowym gdzie przebył operację celem wyjęcia pocisku. Przybył na oddział w trzech dobrze ustalających szynach.

Stan obecny: Dnia 30. VI. 1919. Ciepłota ciała 37.3, tętno 85 uderzeń na minutę, dobrze napięte, równe. Rana wstrzałowa 4 palce powyżej kłykcia zewnętrznego kolana lewego, wystrzału brak, pocisk utkwił. Na przodzie uda lewego w połowie długości tegoż, rana pooperacyjna długości około 7 cm. nie szyta. W okolicy rany nieprawidłowa ruchomość. Silne bóle przy poruszaniu.

Kończyna lewa krótsza o 8 cm. od prawej, skręcona na zewnątrz.

Dnia 3. VII. ciepłota ciała wieczorami nie dosięga 38. Prześwietlenie Roentgenem wykazuje: Spiralne złamanie trzonu kości udowej lewej z rozpryśniętem jądrem kuli karabinowej w trzech miejscach mięśni uda.

Leczenie: Dnia 3. VII. 1919 założono w znieczuleniu morfinowo-eterowem Steinmanna przez nasadę górną kości goleniowej (koleżanka sł. med. Krauzówna) poczem po założeniu opatrunku aseptycznego umieszczono chorego w aparacie Ansina, obciążając wyciąg siłą 6 kg.

W dniach 4. VII. 5. VII. 6. VII. 7. VII. i 8. VII. dodawano po 2 kilogramy i po 1 kg. tak, że w dniu 8. VIII. obciążenie wynosiło 15 kg. Ciepłota ciała w drugim dniu wyciągu opadła do normy.

Od 24. VII. do 7. VIII. zmniejszono stopniowo siłę wyciągu do 10 kg. z powodu wydłużenia kończyny o 2 cm. Dnia 7. VIII. t. j. po 30 dniach wyciągu usunięto grot i zdjęto wyciąg. Ruchy w kolanie czynne 90°! Kolano lewe w obwodzie 48 cm. prawe 45 (obrzęk kolana). Długość obu kończyn równa wynosi 104 cm. Rana po gwoździu bez reakcji, rana pooperacyjna goi się prawidłowo. Zdjęcie roentgenowskie (Ryc. 21) wykazuje ustawienie odłamków w linji prostej z wytworzeniem kostniny po bokach. Skrócenie wyrównane.



Ryc. 21.

Dnia 7. VIII. 1919 założono opatrunek ustalający gipsowy od biodra aż do palców. Chory chodzi o kulach. Dnia 8. IX. zdjęto opatrunek gipsowy i zastosowano leczenie następowe, dnia 25. XI. odesłano chorego do oddziału z wnioskiem 3 miesięcznego urlopu.

C. d. n.

OCENY.

Georges Liébault: *Notions d'oto-rhinolaryngologie à l'usage des practiciens.* Doin à Paris. 22 fr. zes.

Wiadomości z zakresu schorzeń górnych dróg oddechowych i ucha dla użytku lekarzy ogólnie praktykujących, podaje autor oryginalnie jako piętnaście pogadanek. z których dziesięć pierwszych obejmuje schorzenia gardła, krtani i nosa, a pozostałych pięć — ucha. Tytuły pogadanek są następujące: Ostre zapalenia gardła, ropień migdałkowy, zaburzenia nerwowe gardła, przerost migdałków, chrypka, bezgłos i zaburzenia głosowe, niedrożność nosa, nieżyty nosa, zaburzenia oczno-oczodołowe i czaszkowe pochodzenia nosowego, krwotoki nosowe, wegetacje adenoidalne, dalej zapalenie ucha zewnętrznego cbok ciał obcych i czopów woskowinowych, zapalenie ucha środkowego ostre, zapalenie przewlekłe ropne, zajęcie wyrostka sutkowego, wreszcie schorzenia sklerotyczne ucha, w które wlicza blizny, zrosty i właściwą sklerozę ucha środkowego.

Przeczytanie tych pogadanek ułatwi lekarzowi ogólnie praktykującemu w przypadkach codziennych zorjentowanie się właściwe i stosowne leczenie z wielką korzyścią dla chorego.

A. B.

Manoukhine: *Leczenie gruźlicy leukocytolizą spowodowaną naświetleniem śledziony.* Paryż 1922.

Autor wprowadza pojęcie *leucocytolysis* jako skutecznej obrony organizmu wobec zakażenia. Rozumie on pod tą nazwą czynność pewnych fermentów t. zw. leucocytolysin, niszczących leukocyty, dzięki czemu uwalniają się specyficzne przeciwciała, które wypełniają plasmę krwi i wzmagają odporność organizmu. Tych leukocytolysin dostarcza śledziona. Antagonistycznie działają t. zw. anti-leucocytolysiny, produkowane przez wątrobę, które uniemożliwiają niszczenie leukocytów, powodując przez to leukocytozę. W organiźmie zdrowym oba te fermenty neutralizują się. Pod wpływem każdego zakażenia następuje pobudzenie czynności śledziony, a więc zwiększenie się ilości leukocytolysin, powodujących silną leukocytolysis, wyrazem której jest leukopenia. Na objaw ten odpowiada wątroba wzmożoną produkcją antileukocytolysin, co zahamowuje leukocytolysis, a to doprowadza do leukocytozy. Okres ten mija szybko, śledziona znowuż odpowiada zwiększeniem ilości leukocytolysin, przychodzi do wtórnej leukopenji wskutek masowego zniszczenia leukocytów, na czem zazwyczaj sprawa zakaźna kończy się.

Chcąc wyzyskać tę właściwość śledziony w celu leczenia gruźlicy autor pobudzał ją do czynności promieniami Roentgena. Stosował dawki bardzo małe, najpierw w doświadczeniach na zwierzętach, potem na bardzo dużym materjale ludzkim (8 tysięcy przypadków). Im sprawa chorobowa cięższa, tem dawkę stosuje mniejszą, naświetla raz w tygodniu przy gruźlicy płuc, raz na 5 dni w innych postaciach gruźlicy, nie więcej jak 15 naświetlań po sobie następujących; po 2—3 miesięcznej przerwie można cały turnus powtórzyć. Autor leczy swoją metodą wszelkie postacie gruźlicy, nie wyłączając rozpadowej gruźlicy płuc. Obserwacja trwała 8 lat; stale uzyskuje bardzo znaczną poprawę, w przeważającej liczbie przypadków wyleczenie, brak nawrotów, śmiertelność 0,9%.

Metoda: śledzionę naświetla się tylko od przodu lub od tyłu z wykluczeniem wątroby. Dawka ½—1 H mierzone wedle Sabouraud-Noiré, skala Holzknechta. Filter 1 Al. F = 25 cm. 1 mA lampa gazowa, przez 5 minut. Twardość promieni radiochromometrem Benoit 8—6. Chorych, leczonych tą metodą nie prześwietla się, aby nie zadrażnić wątroby.

J. Chudyk (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Liječnički Vjesnik.

(Zagrzeb) 1926. Nr. 4.

Prof. Dr. Dragutin Mašek: *O ciałach obcych w gardle, krtani, tchawicy i przełyku.* Na podstawie obfitego materjału (fotografje) omawia autor postępowanie. Zaznacza jak daleko może się posunąć lekarz praktyczny, kiedy wskazaną tracheotomia, kiedy stanowisko wyczekujące, jakie przypadki odesłać do specjalisty do broncho — lub oesofagoskopji.

Dr. A. F. Arnšek: *O stosowaniu antigenu przy gruźlicy.* 1. Opierając się na prawie Corneta, na zjawisku lymphocytozy w korzystnych postaciach gruźlicy, na roli jaką gruczoły limfatyczne wogóle odgrywają w walce z infekcją, wstrzykiwał autor tuberkulinę wprost w gruczoły oczekując zwiększonej produkcji

niweczników. 2. Używał bądźto czystej tuberkuliny, bądź też rozcieńczeń. 3. Tą drogą dochodził pewniej i szybciej do celu t. j. poczucia zdrowia, prawidłowej ciepłoty, apetytu i zniknięcia prątków. Nie może jeszcze orzec, czy zdoła tym sposobem doprowadzić do zupełnego wyjałowienia ognisk.

Prym. Dr. Vjekosław Kušan: *Doświadczenia z sanokrysiną Möllgaarda.* Sanokrysina przez swe własności bakterjobójcze działa korzystnie przy gruźlicy płuc. Wykluczone są ciężkie postacie rozpadowe lub powikłane gruźlicą jelit. Sanokrysina wydziela się powoli, stąd łatwo kumulacja i zatrucie.

Dr. Janko Božić: *Leczenie kiły doustnie.* Autor podawał treparsol, chwali takowy, do ogólnego rozpowszechnienia jednak jeszcze nie zaleca.

Dr. F. Grospić: *Sposoby i wyniki król. lecznicy ortopedycznej w Zagrzebiu.* Sprawozdanie za r. 1925.

Sprawozdania z piśmiennictwa i posiedzeń.

Dodatek: Bibliografia słowiańska (polska bardzo szczegółowa). Sprawy zawodowe, społeczne. Izba lekarska zagrzebska.

Leszczyński (Lwów).

Medicinskij Żurnał Środkowej Azji.

Nr. 1. T. V. 1926. (Taszkient).

P. Carenko: *W sprawie patogenezy, kliniki i terapji ropnego zapalenia gruczołu przyusznego w przebiegu tyfusu plamistego.* Zapalenie gruczołu przyusznego jest jednem z najczęstszych powikłań w przebiegu tyfusu plamistego, które występuje już zwykle w 2-im tygodniu. Umiejscawia się ono częściej w prawym gruczole (60%) i prowadzi do śmierci w 20%. Zejście śmiertelne występuje zwykle w następstwie obustronnego zajęcia gruczołów. Autor zwraca uwagę na podział anatomo-topograficzny gruczołu przyusznego, który dla kliniki tego schorzenia ma ważne znaczenie ze względu na różne umiejscawianie się sprawy ropnej w gruczole, zwłaszcza należy pamiętać o możliwości wystąpienia sprawy w *pars pharyngealis* gruczołu. Flora bakterjologiczna zapalenia gruczołu przyusznego jest zwykle pospolitą ropną. Badania histopatologiczne autora potwierdzają przypuszczenie pochodzenia sprawy, wychodzącej od strony jamy ustnej, chociaż nie wykluczają inni autorowie w zupełności ewentualności krwiopochodnej. Z tego względu odżywianie chorych na tyfus plamisty powinno cechować, zdaniem autora, urozmaiconą strawą, zawierającą obfite ilości kwasów które zdolne by były do pobudzenia wydzielania zewnętrznego gruczołu przyusznego. Leczenie tych przypadków, wobec bezradności środków zaradczych, polega na wczesnej interwencji chirurgicznej. Przy tej okazji autor poleca przeprowadzenie cięcia według opracowanej przez autora metody. Śmierć w następstwie zapalenia gruczołu przyusznego występuje przy ogólnych objawach posocznicy. Ze spostrzeganych powikłań autor zanotował ropne przebicie do ucha zewnętrznego, różę, głęboką ropowicę szyi, różnego rodzaju porażenia nerwu twarzowego i wreszcie przetoki ślinowe.

S. Słonim: *Nowe zdobycze fizjoterapji.* Zbiorowy referat.

M. Paradoksow: *Przypadek wrodzonej potworności nosa.* Autor opisuje rozszczepienie nosa na dwie odrębne części u 10-letniego chłopca. Zabieg operacyjny w zupełności usunął wadę rozwojową.

F. Minejkis: *Przypadek ciała obcego w esicy.* Operacja 30-letniego chorego z powodu objawów zapalenia wyrostka robaczkowego wykazała znaczne przemieszczenie esicy ku stronie prawej, w której znajdowało się drewniane ciało obce, długości 20 cm w kształcie członka męskiego. Biorąc pod uwagę, że tubylcza ludność Turkiestanu często zdradza skłonność do pederastji, nie ulega więc wątpliwości, że i w omawianym przypadku ciało obce dostało się do esicy w czasie nienaturalnych eksscesów płciowych. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

A. Stekolnikow: *W sprawie wypełniania się wyrostka robaczkowego w czasie badania roentgenologicznego.* Samo wypełnianie się wyrostka robaczkowego mieszanką kontrastową nie jest w stanie rozstrzygać w sprawie zmian patologicznych tej części przewodu pokarmowego. I dopiero nierównomierny charakter wypełniania się wyrostka robaczkowego, obok ograniczonej przesuwalności i upośledzenia czynności motorycznej mogą rozstrzygać w rozpoznawaniu klinicznem. Ściśle umiejscowiona bolesność zwraca nadto uwagę na istnienie zrostów okołowyrostkowych. Autor opiera pracę swoją na materjale 122 chorych klinicznie zbadanych.

D. Kogan: *Technika wypędzania glist tasiemcowych zapomocą zgłębnika dwunastnicowego.* Zupełne pozbycie się w 25 przypadkach glist tasiemcowych za pomocą bezpośredniego podania *Extr. filicis maris aether.* przez zgłębnik dwunastnicowy stwierdziło, że pasorzyty znikały odrazu w całości wraz z główką i metoda wspomniana, zdaniem autora jest najlepszą ze względu na dostępność jej, zupełną bezbolesność i może być bez obawy stosowaną nawet u chorych sercowych.

W. Janusz (Lwów).

Wraczebnaja Gazeta.

Nr. 1. r. 1926.

W. Osipow i W. Łuczynina: *Leczenie na limanach a układ nerwowy współczulny.* Badania autorów stwierdziły, że błotne kąpiele, stosowane na limanach, wywierają niewątpliwie swój wpływ na zachowanie się układu współczulnego, co najwybitniej przejawia się według dostrzegalnych zmian w odczynie Aschnera. Odczyn ten jest najistotniejszym wskaźnikiem zachowania się napięcia wagotonicznego, które w większości przypadków wzmaga się już bezpośrednio po zastosowaniu kąpieli błotnych. Do normy stan ten powraca zwykle dopiero po upływie 1½ do 2 godzin. Zachowanie się odczynu Aschnera w przebiegu leczenia kąpielami błotnemi daje lekarzowi pewne dane praktyczne co do wskazań i przeciwskazań, a niemniejsze znaczenie posiada również w sprawie dawkowania i ścisłego rokowania w czasie leczenia.

Schabenowa-Miller: *Wyniki stosowania próby Dicka i uodporniania przeciw płonicy.* Autorka stosowała próbę Dicka u 500 dzieci i w zupełności potwierdza swoistość tejże. Próba ta, zdaniem jej jest zupełnie nieszkodliwą i nie wywołuje objawów ani miejscowych ani też ogólnych. W 10 przypadkach udało się jej zobojętnić odczyn Dicka za pomocą surowicy ozdrowieńców po przebytej płonicy z dodatnim wynikiem. Czynne uodparnianie, przeprowadzane, w myśl przepisów autorów amerykańskich, pociąga za sobą zmianę odczynu dodatniego Dicka na ujemny. W czasie uodparniania czynnego daje się zanotować pewien odsetek przypadków o objawach odczynu ogólnego, które to objawy zresztą mijają nie pozostawiając szkodliwych następstw. Dotychczas, (minęło wprawdzie zaledwie 9 miesięcy) nikt z uodpornionych, pomimo panoszenia się surowej epidemji, nie zachorował na płonicę.

I. Fejgina: *Płonica w wieku oseskowym.* Autorka w ciągu 8 miesięcznego okresu spostrzegała 10 przypadków zachorzeń na płonicę wśród osesków. W żadnym z tych przypadków nie spostrzegano płonicy pomiędzy matkami, mamkami tychże, lub wśród personelu pomocniczego, a zakażenie nastąpiło w drodze przypadkowej, zawleczone niewątpliwie od zewnątrz. Przebieg chorobowy w 8 przypadkach był zupełnie typowy, w 2 zaś pozostałych przypadkach wyróżniał się niezwykłością zmian, które rozpoczęły się pierwotnie od obrzmienia gruczołów chłonnych bez zmian widocznych na błonach śluzowych gardła. Dalej w obudwu przypadkach uderzał brak wystąpienia jakichkolwiek zmian na języku. W jednym z tych przypadków wystąpiły nadto objawy zajęcia posocznicowego wielu stawów. Opisy podobnego rodzaju przypadków wzbogacają niewątpliwie symptomatologję obrazów płonicy w wieku oseskowym.

D. Kogan: *Znaczenie rozpoznawczych badań krwi u żołądkowo-chorych.* Autor, powołując się na liczne prace Prof. Renckiego ze Lwowa, przystąpił do przeprowadzenia badań krwi w 34 przypadkach wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy oraz w 11 przypadkach schorzeń rakowych, które stwierdziły, że w przebiegu spraw wrzodziejących daje się stale zauważyć pewna skłonność do policetemji, w przebiegu zaś spraw rakowych pewne zmniejszenie się ilości bądź Er. i Hb bądź tylko Hb. Limfocytoza daje się zauważyć w przebiegu obydwóch spraw chorobowych i zależy, jak autor przypuszcza, od właściwości czynnych samej sprawy chorobowej albo też pozostaje w związku z utajonemi krwawieniami. Wyniki badań autora w stosunku do teorji wagotonicznej w etjologji wrzodu mogłyby wskazywać, że teorja wspomniana nie może być potwierdzoną przez te badania, bądź też mogłyby przemawiać, że eozynofilja nie jest wyłącznym objawem patognomicznym dla wagotonji.

N. Romancew: *W sprawie niektórych metod leczenia ropnego zapalenia opłucnej.* Konserwatywne leczenie ropnego zapalenia opłucnej zyskuje w ostatnich latach coraz większe uznanie. Autor stosuje najpierw aspirację treści ropnej z worka opłucnowego i wstrzykuje do tegoż worka roztwór 5% gencian wioletu i rivanolu, podając zazwyczaj nie więcej niż 10 ccm. tej mieszanki. Osiągnięte wyniki lecznicze pozwalają autorowi stwierdzić, że otwarte leczenie ropnego zapalenia opłucnej zwłaszcza u dzieci jest bezwarunkowo przeciwwskazanem wobec nowoczesnych modnych pojęć antyseptycznych.

E. Załkind: *Niezwykły przypadek przewlekle postępującej oftalmoplegji.* Opis przypadku.

B. Broderson i J. Lebiedewa-Szmitgofa: *Zastosowanie jontophorezy przy retrowersjach macicy.* Stosowanie jontophorezy jodku potasu w przebiegu trwałych retrowersjach macicy wykazało w wyniku leczniczym, że tego rodzaju metoda daje doskonałe wyniki, pozwalając stosować ją nietylko w zakładach fizjoterapeutycznych ale nawet w zwykłych szpitalach prowincjonalnych.

N. Iwanow: *Spostrzeżenia nad działaniem transpulmina w przewlekłych nieżytach oskrzeli.* Preparat transpulmina, wyrabiany w Hamburgu zawiera podstawowy bezwodnik kamfar-chininy oraz tłuszcze eteryczne. Dodatnie wyniki lecznicze za pomocą wspomnianego preparatu w przewlekłych nieżytach oskrzeli, zwłaszcza przy rozedmie płuc, zachęcają autora do szerszego polecenia wspomnianego preparatu.

E. Galpern: *Leczenie neosalwarsanem zgorzelinowego zapalenia oskrzeli w przebiegu gruźlicy.* Dodatnie własne wyniki lecznicze autora upoważniają do zalecenia stosowań zastrzyków wśródżylnych neosalwarsanu w omawianych przypadkach.

Nr. 2. 1926.

A. Peretz: *Próba wyprowadzenia odczynu biologicznego na obecność ciał lipoidowych.* Zasada proponowanej metody biologicznej polega na wykazanem zjawisku trwałego się łączenia saponiny z cholesteryną. Z drugiej zaś strony powszechnie znanym jest fakt, że saponina wywołuje hemolizę, co jest wynikiem łączenia się jej z lipoidami czerwonych krwinek, w następstwie czego ulega rozpadowi podścielisko tychże. Złączenie razem obydwu tych zjawisk było podstawowym faktem do opracowania odczynu, wykazującego obecność cholesteryny i innych ciał lipoidowych. Eksperyment, stwierdzający słuszność wspomnianego rozważania uzasadnia się faktem, że jeśli do roztworu cholesteryny wlejemy roztwór saponiny, a po upływie krótkiego czasu dodamy zawiesinę krwinek czerwonych, to hemoliza nie występuje. W probówce kontrolnej (bez cholesteryny) następuje hemoliza. Zjawisko to tłumaczy się tem, że saponina wstępuje w związek z cholesteryną i w ten sposób brakuje jej dla połączenia z lipoidami czerwonych krwinek. A zatem, brak hemolizy wskazuje na obecność cholesteryny (lipoidów) w badanej substancji. Ostateczne wyniki dałyby się określać podobnie jak i przy R. W. Autor jednak dążył do uzyskania bardziej ścisłych wyników liczbowych i dlatego wprowadził zasadę sztandaryzacji. Najsłuszniejszą rzeczą zdawałoby się byłoby przygotowanie sztandardu z pewnego stałego składu chemicznie czystego lipoidu i oznaczanie wyniku odczynu w zwykłych ilościach tego lipoidu. Dotychczas jednak nie udało się nikomu otrzymać roztwór cholesteryny w płynie wodnym, substancje zaś w których lipoidy się rozpuszczają powodują same przez się hemolizę. Dlatego też autor zmuszony był do tego celu użyć surowicę krwi najrozmaitszych zwierząt (królika, konia), pobranej w warunkach jałowych i przechowywanej w zalutowanych fiolkach. Wspomnianej surowicy, standard serum, używał autor w różnych ściśle określonych ilościach wzrastających: 0,05—0,10—0,15—0,20—0,25—0,30—0,40. W stosunku do odpowiednich rozcieńczeń standard serum powinno się określać ilość lipoidów w badanych surowicach. Autor przypuszcza, że odczyn ten pozwoli na wykazanie zawartości nietylko cholesteryny i lecytyny ale także i innych rodzajów lipoidów (Gesamtlipoide). Odczyn proponowany jest nadzwyczaj czuły i jak doświadczenie wskazuje jest w stanie z łatwością wykazać lecytynę w ilości 0,000005, a cholesterynę nawet w ilości 0,0000005. Autor zbadał, zapomocą opisanego odczynu 300 surowic i stwierdził, że u najrozmaitszych jednostek poszczególne surowice wybitnie się wyróżniają ilościową zawartością lipoidów. Autor twierdzi, że wbrew powszechnie przyjętemu zdaniu zwiększona ilość lipoidów w dodatniej R. W. nie daje się potwierdzić w badaniach jego z wymienionym odczynem. U ciężarnych stale wykazywał on wyraźnie zwiększoną zawartość lipoidów. P. przypuszcza, że odczyn jego znajdzie zastosowanie także w badaniach nad zawartością lipoidów w najrozmaitszych substancjach, a również będzie używany w technice histopatologicznej.

M. Kawecki: *W sprawie przemiany materji w białaczce szpikowej.* Autor zauważył, że chorzy na białaczkę szpikową pozostający na klinice z niezwykłą chciwością zjadali kredę, co skłoniło go do zwrócenia bacznej uwagi na występowanie zwiększenia się zawartości Ca w surowicy krwi. Powyższe spostrzeżenie zachęciło autora do zastosowania kalcjoterapji która wykazała wyniki dodatnie.

A. Miller: *Mikrometoda ułożsamiania drobnoustrojów z grupy jelitowo tyfusowej i innych.* Autor stosował w myśl przepisów Bronfenbrennera nowy indykator, złożony z *acid. rosolic.* i *china blau* i podnosi wysoką wartość tego indykatora i mikrometody w codziennem użyciu zwłaszcza w warunkach przymusowej oszczędności tak materjału pożywkowego jakoteż nieznacznej ilości potrzebnego szkła.

S. Rubaszew: *W sprawie varicocele femininum.* U chorej, uskarżającej się na długotrwałe bole w lewej okolicy pachwinowej, które uniemożliwiały chodzenie stwierdzono na operacji po otwarciu jamy brzusznej rozdęte żylaki *vasae spermatic. sin.* Wycięcie tychże przywróciło chorą do zupełnego zdrowia. Tego rodzaju zmiany występują najczęściej u wieloródek w *plexus tuboovaricus*, a w czasie badania wewnętrznego bywa najczęściej rozpoznawane w tych przypadkach zapalenie przydatków.

Nr. 3. r. 1926.

E. Brusiłowski: *Obraz krwi u artretyków pod wpływem leczenia na limanach.* Leczenie na limanach powoduje niewątpliwe zmiany jakościowe w białych ciałkach krwi. Obraz krwi według Schillinga wykazuje w początkowym okresie „kąpielowej" reakcji wystąpienie obfitej ilości młodych komórek i myelocytów, przy pośredniem zmniejszeniu się neutrofilów i eozynofilów. W końcu „kąpielowej" reakcji daje się stale zauważyć lymfocytozę, a jednocześnie znikają komórki młode i myelocyty.

I. Perkel: *W sprawie ujemnych objawów po wykonanych punkcjach lumbalnych (meningismus) i sposobach zapobiegania tymże oraz leczenia.* Objawy podrażnienia opon mózgowych po przebytych punkcjach zależą głównie od upływu płynu m.-rdzeniowego do przestrzeni ponadoponowej przez otwór przebicia. Również w etjologji tej sprawy odgrywa pewną rolę chok mózgordzeniowy oraz krwawienia z naczyń włosowatych do opon mózgowia środkowego, które powodowane zostają nagłem zaburzeniem równowagi ciśnienia m.-rdzeniowego w następstwie pobranego płynu m.-rdzeniowego. Nie mniejsze znaczenie odgrywa zapewne i odruch ze strony opon na ośrodki wazomotoryczne w czasie samej punkcji. U kobiet spostrzegał autor częściej objawy meningismu aniżeli u mężczyzn i częściej zauważył je u chorych ambulatoryjnych. Przy patologicznym składzie płynu m.-rdzeniowego objawy podrażnienia są wogóle rzadsze, aniżeli przy prawidłowym składzie tego płynu. Objawy podrażnienia opon mózgu utrzymywały się najczęściej w ciągu 6—10 dni. Najwybitniejsze nasilenia objawów podrażnienia opon mózgowych autor spostrzegał u chorych ze schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego pochodzenia niekiłowego, najmniejsze zaś przy kile, będącej w stanie rozkwitu lub przy wiądzie. Ze środków leczniczych najlepsze wyniki otrzymywał przy objawach hypotensio za pomocą wstrzykiwań wśródżylnych *A. destillatae* i podskórnych wstrzykiwań Pituglandolu bądź Pituitryny, a przy *hypertensio* podawał skoncentrowany roztwór cukru. Nadoponowe zastrzyki płynu fizjologicznego przy objawach meningizmu z *hypotensio* dają również dobre wyniki, jednak ze względu na trudną technikę nie mogą być szeroko stosowane w praktyce codziennej.

W. Janusz (Lwów).

Archives of Internal Medicine.

Vol. 36. Nr. 5. listopad 1925.

W. M. J. Kerr S. L. Warren San Francisco: *O obwodowem tętnie żyl.* Autorowie badali w całym szeregu przypadków zachowanie się obwodowych naczyń żylnych i wykazywali obecność tętnień żylnych w przypadkach schorzenia mięśnia sercowego, kongestywnej niedomogi serca i we względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej.

Wyrazistość spostrzeganych objawów odpowiada stale stopniowi rozwoju tych schorzeń i każe zawsze rokować poważnie. Przedmiotem obserwacji autorów była *v. basilica.*

George L. Waldbott Detroit: *Leczenie dusznicy oskrzelowej promieniami Roentgena.* Autor przytacza przypadek dusznicy oskrzelowej, z typowemi napadami duszności z eozynofilją i limfocytozą we krwi, z eozynofilją i kryształkami Charcot-Leydena w plwocinie. Próby w kierunku nadwrażliwości na białko jaja i mleko dodatnie. Po jednorazowem naświetleniu śledziony promieniami Roentgena wszystkie objawy dusznicy ustąpiły włącznie z chorobowym obrazem cytologicznym krwi.

Zarazem podnosi autor uzasadnione twierdzenie Hektoena, że usunięcie śledziony obniża zdolność organizmu do wytwarzania przeciwciał, zaś naświetlanie promieniami Roentgena stanowi skuteczny bodziec do zwiększenia ich poziomu we krwi.

L. H. Newburgh Phil L. Marsh Azbor: *O wpływie kwasów aminowych na nerki.* Autor wykazuje doświadczalnie toksyczność działania na nerki kwasów aminowych, argininy lysiny, histydyny, tyrozyny, tryptophanu i cystyny. Zarazem podają tabele najmniejszych dawek tych ciał o działaniu toksycznem, wykazując równocześnie znaczenie diety ubogiej w te ciała w leczeniu schorzeń nerek.

The Journal of the american medic. Assoc.

Vol. 85. Nr. 26. Dez. 1925.

A. V. St. George (New York): *Leczenie posocznicy zapomocą dożylnych zastrzyków merkurochromu 220 („mercurochrome — 220 Soluble")*. W pięciu przypadkach posocznicy po poronieniach zakończonych śmiercią stosowano dożylnie merkurochrom — zazwyczaj po 20—35 cm³ rozczynu 1% raz 0.5% rozczynu. Zastrzyki stosowano kilka razy w odstępach kilkudniowych. We wszystkich przypadkach stwierdzono przy oględzinach pośmiertnych głębokie zmiany zapalne w nerkach i jelitach (grubych) jako przyczynę śmierci. Urzędowy chemik i toksykolog Gettler stwierdził rtęć w większej ilości aniżeli w otruciach chlorkiem rtęciawym („mercurie chlorid") — okoliczność stwierdzającą większą toksyczność tego przetworu. Za życia stwierdzano u chorych leczonych prawie zawsze zajęcie nerek i biegunkę.

W. H. Rosenau (Baning Calif.): *Niebezpieczeństwa stosowania niektórych przetworów ftaleinowych*, — („Halogenated Phthalein) jako odczynników do prób czynnościowych. Przetworów tych (Fenoltetra-chloftalein, tetrabromftalein, tetrajodofenolftalein) poczęto używać w badaniach sprawności wątroby i również w cholecystografji (roentgenowskiej). Z bardzo obszernej pracy wynikają następujące wnioski:

Zdarzają się przypadki zakrzepów po zastrzykach; niektóre przypadki zakończyły się śmiercią. Usiłowania by uczynić zastrzyki tetrachlorftaleiny niedrażniącemi zawiodły, — kliniczne i doświadczalne prace wskazują na możliwość uszkodzenia wątroby po zastrzyku tego barwika; nieraz stwierdzano objawy toksyczne. Ostrożność bardzo wskazana.

Trewor Owenn (Baltimore): *Leczenie erytremji*[1]) *fenilhidrazyną*. W 5 przypadkach erytremji osiągnięto dobre wyniki stosując chlorek fenilhidryzyny. Spadek hemoglobiny i ilość krwinek był widoczny obok znacznej poprawy wszystkich objawów i obok obniżenia się ciśnienia krwi u 3 chorych z hipertensją. Najwcześniej objawia się skutek w wystąpieniu leukocytozy (stwierdzonej w 2 przypadkach); — stanowi ona bardzo ważny wskaźnik w kontrolowaniu leczenia. Możliwości trującego działania leku na wątrobie — dałoby się uniknąć stosując inny preprat związków hydrazyny. Autor rozpoczynał od 0,2 fenilhydrazyny *pro die*, przez 3—4 dni później podawał 0.1 prodie (nieraz dzieląc na kilka drobnych nawet na 5 dawek) aż gdy leukocytoza wzrosła, a hemoglobina spadła poniżej 100%. Gdy leukocytoza wzrasta, a hemoglobina spada, co zdarza się w ciągu 2, 3, lub 4 tygodni należy podawać 0.1 co 2—3 dni lub nawet przerywać leczenie na kilka dni, zwłaszcza gdy nastała wybitna leukocytoza — co może trwać 2 i więcej tygodni — mimo iż ilość krwinek i hemoglobiny nie spada. Gdy zaś hemoglobina i ilość krwinek nie wzrastają, a leukocytoza opada, należy znów rozpocząć podawanie preparatu. Stopniowo później przerwy pomiędzy dawkami (0.1) należy czynić dłuższe, a przeciętnie wystarczy raz w tygodniu podać 0.1 aby utrzymać krew w granicach prawidłowych. Z historji chorób wynika że nieraz w krótkim czasie nastąpiła poprawa, w innych leczenie z przerwami trwało miesiącami: chorzy otrzymywali fenilhydrazynę 14.1 gr. w ciągu 25 miesięcy (przeciętnie po 0.1 tygodniowo): 12.! gr. (około 0.16 tygod.) w 77 miesiącach, 4.3 a po 5 tygodniach jeszcze przez 17 tygodni po 0.3 tygodniowo. Ciągła kontrola krwi jest niezbędna. Czy efekt był trwały tego autor nie podaje.

Pisek (Lwów).

British medical Journal.

Nr. 3385 1925.

Matthew J. Stelwart (Leeds): *Wrzód żołądka, a rak*. Na dorocznem zgromadzeniu brytyjskiego tow. lek. — w Bath r. z. przedstawił autor. prof. anat. pat. sprawę stosunku raka do wrzodu żołądka, ze stanowiska anatomo-patologicznego, a to na podstawie 165 przypadków, uzyskanych przy sekcjach, a 216 przypadków uzyskanych przy operacjach chirurgicznych. Pomijam — ciekawe zresztą szczegóły dotyczące wieku badanych, płci, siedziby zmian, zachowania się gruczołów, przerzutów, przedziurawień, i krwotoków — ograniczę się do wniosków. Zaznaczyć wypada, że jeden jedyny raz stwierdził autor we wrzodzie cechy drobnowidowe nowotworowe i jeden przypadek raka (od 2 lat istniejącego), w którym drobnowidowo dało się udowodnić, że poprzednio istniał wrzód. Oto wnioski: 1)Najważniejszą cechą jest obecność lub brak włókien mięsnych na dnie ubytku. We wszystkich przypadkach wczesnego raka, i w niektórych bardziej rozwiniętych, stwierdzić można pasmo mięśniowe. Nawet i w bardzo późnych okresach gdzie guz przerasta ściany żołądka, pozostają tu i ówdzie, w pośrodku utkania nowotworowego jeszcze resztki mięśniówki — czego nigdy nie widać w przewlekłym wrzodzie. 2) Wyjąwszy rzadkie przypadki ostrego dziurawiącego wrzodu, głębokość w jakiej mięśniówka jest przebitą, stanowi dobry wskaźnik „chroniczności" zwyczajnego wrzodu żołądkowego — przynajmniej w pierwszych 2—3 miesiącach. Później mięśniówka jest przerwana, a końce przerwane zwrócone są w górę ku śluzówce. Dno wrzodu pokryte jest ziarniną i utkaniem włóknistem oraz okazuje na powierzchni rąbek wąski czasem szerszy strupa, — ta obecność cząstki tego gęsto włóknistego dna niezajętego przez komórki rakowe — jest najbardziej wartościową wskazówką w przypadku raka — że w tem miejscu istniał przedtem wrzód. Nawet i sklerotyczne raki żołądka nie wytwarzają tych szerokich obszarów tkanki włóknistej, wolnej od rakowych komórek — lecz zdaniem autora, te komórki rakowe drążą poprzez włókniste dno takich wrzodów[2]). Trzecią cechą jest brak endarteritis obliterans i zorganizowanej thrombo-phlebitis na dnie ubytku. Jestto cecha ważna gdyż rzadko ją stwierdzić można w pierwotnym raku, dość często, zaś w zwyczajnych wrzodach i następowych bliznach. Na tych podstawach oceniając wyniki, stwierdził autor w 216 klinicznych preparatach wrzodu żołądka i raka żołądkowego:

134 razy zwyczajny przewłoczny wrzód żołądka — wyłącznie, 14 raka rozwijającego się w przewłocznym wrzodzie, **68** raka wyłącznie, razem **216**. innemi słowy w 9.5% przyp. przewłocznego wrzodu powstał rak, lub też w 17% raka, rak rozwinął się z wrzodu.

Z obszernej dyskusji zasługuje na uwagę przemówienie Morley'a (Manchester), który między innemi wspomniał, że prof. Dible na 126 wyciętych wrzodów ani razu nie stwierdził raka, a w 36, przypadkach raka stwierdził tylko 2 razy że poprzedzał je wrzód zwyczajny. Przemówienie następująco zakończył: Gdyby rzeczywiście rak często miał powstać z wrzodu, po długotrwałych wrzodach w klepsydrowatych żołądkach powinnibyśmy napotykać najczęściej raka. Fakt, że tak się rzeczy nie mają stanowi najsilniejszy argument przeciw teorji ulcer-cancer. Mowca nie zaprzecza że wrzód może przejść w raka i okolicznościowo może się to zdarzyć, lecz byłaby to osobliwość kliniczna i patologiczna, — zdarzenie tak względnie rzadkie nie powinno wpływać ani na wahanie się ani na rozpoznawanie raka żołądka, ani na leczenie wrzodu żołądka.

Pisek (Lwów).

Zeitschrift für Klinische Medizin.

Tom 102. 1 zeszyt.

W. Glose. *Krzywa zużycia tlenu przy pracy mięśniowej*. Autor badał wpływ pracy mięśniwowej na zużycie tlenu w różnych przypadkach chorobowych, używając zmodyfikowanego przyrządu Krogha. Zwiększenie przemiany materji w okresie pracy wynosiło 51'4—138%, jednak w następowym spoczynku nie wracało zużycie tlenu do pierwotnej miary. Ciekawe było zachowanie w hipertyreozach, których przemiana spoczynkowa zwiększona była od 11—74%. Praca mięśniowa zwiększała zużycie energji przeciętnie 102'25%, gdy przeciętnie u normalnych zwiększenie to wynosiło 92%, a więc różnice były nieznaczne. W 1 przypadku *hypotyreosis* ze zmniejszeniem przemiany spoczynkowej — 21%, wysiłek fizyczny wywołał zwiększenie pozostające w granicach prawidłowych.

I. Weiksel. *Badanie przemiany materji w niedokrwistości złośliwej po transfuzji krwi*. Po przetoczeniu krwi w najbliższych dniach zwiększała się ilość wydzielanego N, która po 4—5 dniach wracała do normy. Zwiększenie to odpowiadało ilości krwi wprowadzonej, wskutek rozpadu krwinek czerwonych. Następowy wzrost erytrocytów po kilku dniach wywołany był pobudzeniem szpiku kostnego, który po transfuzji mógł odpocząć. Podobnie poprawia się obraz krwinek białych, tak ilościowo jak i jakościowo. Najlepsze wyniki uzyskuje się w przypadkach lżejszych, w których szpik jest jeszcze czynnny. Obraz krwi nie zawsze dowodzi ciężkości schorzenia, natomiast ilość płytek może być wskaźnikiem czynności szpiku kostnego. W ciężkich przypadkach obok upośledzenia szpiku występuje hemoliza, wyrazem której jest zwiększenie bilirubiny we krwi, urobiliny w moczu. Czynnik szkodliwy nie tylko działa na erytro i leukopoczę, ale drażni cały układ siateczkowo śródbłonkowy. W lekkich przypadkach ilość kwasu moczowego we krwi i moczu jest prawidłowa, zwiększa się też po transfuzji, jako następstwo rozpadu leukocytów. Cały N w anemji złośliwej jest

[1]) U nas używany termin: Poliglobulja, *Polycythaemia rubra*, M. Vaquez. *Sprawozd.*

[2]) W tym szczególe różni się autor od cennych wyników, które ogłosił angielski badacz Dibl w r. 1925.

mały, tem mniejszy im mniejsza ilość krwinek czerwonych. Przetoczenie krwi nie wiele wpływa na ilość N, a zmiany te zależą od ilości wprowadzonej krwi. Ilość białka w surowicy jest prawidłowa, po transfuzji ulega niewielkim zmianom, jedynie tylko ciężkie przypadki wykazują zmniejszenie. Na podstawie tych badań zaleca autor robić transfuzję jaknajwcześniej przez co następują remisje trwające 1—2 lat. Prócz tego należy podawać As.

Groedel i Hubert. *Opadanie krwinek czerwonych w chorobach narządu krążenia.* Szybkość opadania krwinek czerwonych niema znaczenia rozpoznawczego, gdyż w każdej chorobie wewn. może być przyspieszone lub opóźnione; nawet u ludzi zdrowych obserwowano przyśpieszczenie. Szybkość opadania stoi w związku z ilością krwinek czerwonych i Hb; im ilości te są wyższe, tem częściej odczyn jest prawidłowy. Końcowy wynik opadania jest tem wyższy, im szybszy był początek. Niema żadnego związku między opadaniem a lepkością krwi. Różnice opadania zależą prawdopodobnie od zużycia komórek krwi, bo im większy jest rozpad komórek w organiźmie, ilość fibrynogenu wzrosła, a to ma wpływ na odczyn opadania.

Georgopulos. *Przyczynek do zjawiska opadania krwinek czerwonych.* Autor badał wpływ soli Ca na opadanie, wychodząc ze założenia, że sole Ca mając wpływ na krzepnięcie, a więc i fibrynogen, działać też muszą na opadanie. W tym celu brał krew z serca królika przed i po wstrzyknięciu 0·08 Ca Cl_2 i wykazał wybitne przyspieszenie opadania po wstrzyknięciu. Zjawisko to powtarzało się stale bez względu na to, czy krew pochodziła z serca, żyły lub tętnicy. Badania te nie są zgodne z wynikami Marakuszi i Jamaguchi; którzy wykazali przy szybszem opadaniu ilość Ca w krwi mniejszą. Według autora zjawisko to pozostaje w związku z przyśpieszeniem krzepnięcia krwi. Ponieważ jednak w chorobie Basedowa krzepnięcie krwi i opadanie jest zwiększone, przeto nie można mówić o związku między wprowadzeniem soli Ca, a opadaniem i krzepnięciem.

Weissmann. *Pojawienie się drobnych wybroczyn w przypadkach hipertonji i Endocarditis lenta.* Objaw ten jest wyrazem uszkodzenia ścian naczyniowych i badanie go powinno być zawsze przeprowadzone w przypadkach hipertonji i *E. lenta.* Zastój żylny wywołuje podniesienie ciśnienia w naczyniach włosowatych, które pękają mając uszkodzone ściany. Również obserwowano to zjawisko w chorobie Basedowa, natomiast brak go cechuje nefrozy.

Miasnikow. *Badania kliniczne cholesterynemji w arterjosklerozie.* M. dochodzi do wniosku, że hipercholesterynemja występuje tylko w przypadkach daleko posuniętych; w przypadkach łżejszych zwiększenie cholesteryny spotyka się mniej niż w połowie przypadków. Miażdżyca i gromadzenie się cholesteryny w ścianach tętnic jest wywołane uszkodzeniem naczyń na tle toksycznem wzgl. mechanicznem.

Raue. *Nowa metoda ilościowego oznaczania kwasów.* Po dodaniu H_2SO_4 do treści zawierającej kw. żółciowe powstaje silna fluorescencja wywołana obecnością kw. cholorego. Właściwość tę wyzyskał Raue do ilościowego oznaczania kw. żółciowych posługując się różnemi rozcieńczeniami o znanej ilości kw. żółciowych.

Sternberg. *Badania gastroskopijne żywego odźwiernika.* Badanie gastroskopem może dać szereg omyłek na które autor zwraca uwagę. I tak, za odźwiernik można uważać wejście do lejka odźwiernika, różne ślepo kończące się uchyłki, miejsca cieśni fizjologicznych, jak wreszcie zwężenia patol. w żołądku klepsydrowatym przy skurczach lub przy sztucznym odźwierniku.

Gubergritz. *III-ci prawidłowy ton serca.* Już przed 14-tu laty opisał Gibson III-ci ton serca, który słychać na początku rozkurczu. Zjawisko to potwierdził Einthowen za pomocą elektrokardjografuu. Ton ten jest 20 tysięcy razy słabszy od II-go dlatego też trudno go wysłuchać, tembardziej, że u tego samego osobnika może się pojawiać i znikać.

Obrazow i Gubergritz wysłuchuje go w 83—93% u ludzi zdrowych. Ton ten najlepiej jest słyszalny przy bradykardji, znika zaś po przyśpieszeniu akcji serca. Autor uważa, że rytm serca przypomina daktyl z akcentowaniem I stopy, a zbija pogląd Gibsona i Einthowena, jakoby zjawisko to zależało od zamykania zastawek, wzgl. było wywołane drżeniem ścian aorty, przyjmuje natomiast, że przyczyną jego jest ton mięśniowy wywołany napięciem mięśnia sercowego wskutek dopływu krwi w diastole.

Siedlecki (Kraków).

Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin.

Bd. 46. H. 3/4.

Dr. Adler: *O kwasach żółciowych.* Lemierre i Brulé wprowadzili nową formę żółtaczki tzw. *icterus dissociatus,* w której barwiki żółciowe ulegają zatrzymaniu w ustroju — podczas gdy kwasy żółciowe dostają się drogą prawidłową do jelita. Obecności tych ostatnich nie można wówczas wykazać ani w moczu, ani we krwi.

Podobnie Leyden pierwszy zwrócił uwagę, że w *icterus hämolyticus* nie udaje się wykazać kwasów żółciowych w moczu.

Autor obserwował dwóch chorych z żółtaczką w przebiegu *carcinoma pancreatis,* u których również mimo obecności barwików żółciowych w moczu — nie można było wykazać kwasów żółciowych w moczu i w surowicy.

Dla wytłumaczenia tego zjawiska, przeprowadził autor cały szereg mozolnych badań.

W tym celu wstrzykiwał ludziom zdrowym i chorym 1 gr. *natr. cholalic. pro dosi* wśródżylnie, chcąc się przekonać — o ile obniżenie napięcia powierzchniowego surowicy i kwasu zależne jest od zawartości kwasów żółciowych. Napięcie powierzchniowe oznaczał z początku viscostagnometrem Traubego. Metoda ta okazała się nieczułą — wyniki uzyskane były zupełnie fałszywe.

Dlatego w późniejszych doświadczeniach posługiwał się metodą Brinkmanna i van Dama używając wagi torsyjnej Hartmanna.

Oznaczając literą G ciężar kropli oderwanej — literą K. Ciężar potrzebny na oderwanie się kropli z powierzchni płynu — obliczał napięcie powierzchniowe przy pomocy wzoru K—G.

Badania te wykazały, że kwasy żółciowe znajdują się często nawet w dużej ilości w żółci, surowicy i moczu — a obecności ich nie można wykryć meodami opartemi na określaniu napięcia powierzchniowego — mającego swój mechanizm regulacyjny — od ilości kwasów żółciowych niezależny. Można poprawdzie ze znacznego obniżenia napięcia pow. wnioskować o obecności tzw. wolnych żółcianów — nigdy jednak brak obniżenia nie przemawia za brakiem kwasów żółciowych. Tak zatem autor odrzuca pojęcie *icterus dissociatus,* gdyż rozpoznanie tej formy żółtaczki oparte na oznaczeniu napięcia pow. moczu wzgl. surowicy niema żadnej racji bytu.

Dr. H. Chiari i R. Rigler: *Wpływ pyramidonu na zawartość cukru we krwi.* Doświadczenia autorów wykazały, że pyramidon w małych dawkach 0·1—0·2 obniża zawartość cukru we krwi tak u ludzi normalnych jak i też chorych na cukrzycę — za wyjątkiem form najcięższych, gdzie wynik może być odwrotny.

Przez podwyższenie dawki — ilość cukru we krwi wzrasta.

Dr. Czapnicki (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Polski, Rok II, Nr. 6. z 1 czerwca 1926.: J. Moszkowicz: W sprawie wzajemnpch ubezpieczeń lekarkich. — J. Bujalski: O zjednoczenie zawodowe lekarskie. — Związek lekarzy P. P.: O zjednoczenie zawodowe lekarskie. — St. Czerwiński: Niedozwolone leczenie. — J. Szymański: W sprawie niefachowych wyroków Sądów Izb lekarskich. — K. Żebrowski: Medycyna kolejowa, a kasy chorych. — W. Grzywo-Dąbrowski: Utonięcie czy uduszenie. — St. Skalski: Postacie lekarskie w utworach Żeromskiego. — Z Izb lekarskich. — Z Kas chorych. — Oszczędności w Warszawskiej Kasie chorych. — Br. Rhon: Nowe karty choroby Warsz. Kasy chorych.

Polska dentystyka, Rok IV. Nr. 3. za maj i czerwiec 1926.: Prof. A. Cieszyński: Usunięcie prognatji drogą chirurgiczną przy sporządzaniu dostawek i t. d. — Prof. A. Cieszyński: Wykłady i pokazy kliniczne w towarzystwie stomatologów Lwowskich. — S. Sokalski: Arszenik i jego zastępki, a leczenie miazgi (c. d.). — T. Mischke: Historja Związku lek. dent. przynależnych do Izby lek. wschod. galic. i t. d. — E. Fuchs: Mechaniczne umocowanie chwiejących się zębów.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIII. Nr. 24, z 13 czerwca 1926; poświęcony Wydziałowi farmaceutycznego Uniwersytetu Warszawskiego. Treść: Uroczystość otwarcia Wydziału farmaceutycznego na Uniwersytecie Warszawskim. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Nowiny Lekarskie, Rok XXXVIII, zeszyt 11, z 1 czerwca 1926: Referaty. — Oceny i krytyki. — Zapiski lecznicze. — Ze Zjazdów, i t. p.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, Rok XV, Nr. 4. z 15 czerwca 1926: Prof. W. Szajnocha: Solanki w Druskienikach i Birsztanach, ich geologiczne znaczenie i pochodzenie. — Prof. P. Gantkowski: O przeszłości i przyszłości polskich zdrojowisk i uzdrojowisk. — Prof. L. Korczyński: Wskazania dla leczenia klimatycznego na ziemiach polskich (dok.).

Przegląd antropologiczny, Tom I. zeszyt 2.: A. Wrzosek: Juljan Talko-Hryncewicz (sylwetka jubileuszowa). — St. Hoyer: Luźne uwagi o naukach pomocniczych współczesnej antropologji. — Olga Willerowa: Spostrzeżenia nad barwą oczów, włosów i skóry u Tatarów, Ormian, Gruzinów, Mołdawian, Serbów i Macedończyków. — A. Wrzosek: Częstość tętna u ludzi zdrowych (dok.). — K. Stojanowski: Czaszki żydowskie w polskich zbiorach antropologicznych.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie Łódzkie.

Wieczór seminaryjny z dnia 24 lutego 1926 r.

I. Kol. Kocen wygłasza referat: *Wskazania kliniczne do przetaczania krwi.* Prelegent omawia historję przetaczania krwi, poczynając od czasów Owidjusza i kończąc latami ostatniemi; porusza w krótkim zarysie naukę o izoaglutyninach, cytuje podziały na grupy według Jańskiego, Mossa, ostatnią modyfikację Hnosfelda i omawia technikę badania krwi krwiodawcy i krwiobiorcy dla określenia przynależności grupowej. Wreszcie prelegent omawia istotę działania przetoczonej krwi, przytacza zapatrywania różnych autorów i przechodzi do wskazań, kiedy należy stosować przetaczanie krwi.

II. Kol. Goldman wygłasza referat: *O technice przetaczania krwi.* Prelegent omawia przetaczanie krwi bezpośrednie i pośrednie, zatrzymując się dłużej na technice ostatniego, jako najczęściej obecnie stosowanego. Prelegent ilustruje swój referat pokazem szeregu rysunków oraz kilku przyrządów, używanych do przetaczania krwi.

III. Kol. Banasz demonstruje *guz lewej wargi sromowej,* operowany u młodej dziewczyny. Guz ten zwisał na długiej szypule do kolan chorej.

Posiedzenie z dnia 3 marca 1926 r.

I. Kol. Dengel demonstruje mężczyznę po operacji *zeszycia kości udowej* z dyzlokacją kości do 4cm. Obecnie pacjent chodzi zupełnie normalnie, roentgenogram wykazuje dobry zrost i ustawienie kości. Następnie tenże kolega demonstruje kobietę zupełnie wyleczoną *po operacji ostrej zgorzeli trzustki.*

II. Kol. Neumark wygłasza odczyt: *O zachowaniu się cukru we krwi przy kile i w niektórych chorobach skórnych w związku z patogenezą hiperglikemji i cukrzycy i leczeniem chorób skórnych insuliną.*

Na podstawie przeszło 200 przypadków zbadanych oraz przeszło 400 określeń cukru metodą Bertranda we krwi całkowitej naczczo przychodzi prelegent do następujących wniosków:

1) w przebiegu kiły, zwłaszcza drugorzędnej, lecz też i kiły trzeciorzędnej i utajonej, stwierdzić można hiperglikemję, t. j. poziom cukru ponad 1.2‰, a nie przewyższający 1.6‰ bez obecności cukru w moczu: hiperglikemja ta znika po ukończonem leczeniu. W niektórych rzadkich przypadkach skonstatować można hipoglikemję, t. j. poziom cukru poniżej 0.65 do 0.7‰; ta ustępuje po leczeniu przeciwkiłowem;

2) zastrzykiwanie dożylne neosalvarsanu wywołuje wstrząs, który się uwidacznia w krzywej glikemicznej w postaci fal. Świadczy to o wahaniach w napięciu układu wegetatywnego wskutek wstrząsu.

3) Po wstrzyknięciu wśródmięśniowem krwi własnej stwierdzić można równe falowanie glikemiczne, jako jeden z wyrazów wstrząsu.

4) W przebiegu różnych chorób skórnych stwierdzić można hiperglikemję, szczególnie przy owrzodzeniach podudzia na tle żylaków, przy łuszczycy, przy bielactwie skóry, przy chorobach swędzących, jak zliszajowacenie skóry i pokrzywka, również i w niektórych przypadkach wyłysienia plackowatego i łupieżu różowego z podrażnieniem skóry wskutek stosowania maści.

5) Leczenie insuliną owrzodzeń podudzi na tle żylaków, jak zarówno i innych chorób skórnych z hiperglikemją polega na racjonalnej podstawie. Wyniki dotychczasowe leczenia są zachęcające.

6) Badania układu wegetatywnego, głównie zapomocą metody atropinowej Danielopolu, w przypadkach kiły i niektórych chorób skórnych z normalną glikemją, jak i hiper- i hipoglikemją wykazują, że stan czynnościowy układu wegetatywnego odgrywa dużą rolę przy endogennej glikoregulacji. W przypadkach hiperglikemji stwierdzić można sympatykotonję lub hipowagotonję, przy normalnym poziomie cukru we krwi — amfotonję, przy hipoglikemji — hipoamfotonję lub względną wagotonję.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Szyfman, Itelson, Dawidowicz i Sterling.

Sekretarz *Rueger.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Naczelna Izba lekarska.

MEMORJAŁ

Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie projektu noweli do ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272).

Naczelna Izba Lekarska po zasięgnięciu opinji wszystkich Izb Lekarskich w Państwie w sprawie projektu ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272) przedstawia następujący memorjał.

Naczelna Izba Lekarska już w memorjale z dnia 6-go października 1924 r. L. 356/24 z powodu ówczesnego projektu noweli do ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby przedstawiła szereg powodów, dla których ustawa z dnia 15. V. 1920 r. w jej wykonaniu nie spotkała się z powszechnem zadowoleniem. Zdaniem Naczelnej Izby Lekarskiej powody po temu były następujące: 1) Połączenie ubezpieczenia od bezrobocia na skutek choroby (niezdolności do pracy) z uprzystępnieniem lecznictwa, 2) ingerowanie w zakresie lecznictwa urzędników kasowych nie fachowców, natomiast pomijanie lekarzy do których rola kierownicza w zakresie lecznictwa z natury rzeczy należeć powinna i płynące stąd poniżenie stanu lekarskiego, 3) przymus ubezpieczenia, stosowany zarówno do instutucji, jak i tych warstw ludności, które były przedtem lepiej zaopatrzone w pomoc w chorobie, 4) konieczność powierzania swego zdrowia lekarzowi wskazanemu, a nie z wolnego wyboru, 5) przymus należenia do Kas warstw ludności dostatecznie materjalnie zabezpieczonej przy jednoczesnej niemożności dostarczenia im świadczeń odpowiadających wysokości ściąganych z nich opłat (brak odpowiednio urządzonych szpitali, sanatorjów) oto najgłówniejsze powody, dla których dążenia stanęły w niezgodzie z potrzebami życia.

Niezależnie od tego Naczelna Izba Lekarska już wówczas wskazywała na konieczność głębszego nadzoru nad sprawami lecznictwa ze strony tego organu administracji państwowej, któremu specjalnie troska o zdrowie publiczne została powierzona, jako jedynie kompetentnemu w tych sprawach. Wtedy art. 42 nie miałby takiego zastosowania, że czynności przez pomocniczy personel lekarski mogą być wykonywane i bez zezwolenia lekarza i bez jego wiedzy, jeżeli nie może on być wezwany. W praktyce doprowadziło to np. w Łodzi do tego, że Zarząd Kasy w czasie stanu bezkontraktowego chciał oddać w ręce felczerów i akuszerek całe lecznictwo. Ustęp ten przez nowelizację powinien być stanowczo usunięty, gdyż jest bezwarunkowo dla ubezpieczonych szkodliwy. Słuszną i najodpowiedniejszą rzeczą by było, aby ścisły nadzór nad lecznictwem w Kasach Chorych objęło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia), a nadzór nad ubezpieczeniem od bezrobocia z powodu choroby Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. Instytucja bowiem Kas Chorych, która może objąć blisko 80% ludności, a więc lecznictwo prawie całej ludności państwa, powinna by dążyć nietylko do niesienia pomocy indywidualnej, ale zarazem zgodnie z postępem nauki lekarskiej do współdziałania w rozwoju zadań higjeny zapobiegawczej. Tak tylko bowiem pojęte zadanie lecznictwa może odpowiadać obowiązkom i interesom Państwa, interesom chorych i wiedzy lekarskiej. Skoordynowanie tych dwu zadań byłoby najłatwiejsze, gdyby w zakresie lecznictwa miało głos tylko Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Z tych to motywów wychodząc, niezależnie od delegatów Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Naczelna Izba Lekarska proponowała i proponuje, aby przy Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia utworzony był specjalny organ w postaci Rady do spraw lecznictwa Kas Chorych, do której mogłyby apelować zarówno Zarządy Kas Chorych jak i Naczelni Lekarze w razie wynikłych nieporozumień w sprawach lecznictwa. Zadaniem takiej Rady byłoby a) rozpatrywanie rocznych sprawozdań z działalności Kas w zakresie lecznictwa i urządzeń leczniczych, b) rozpatrywanie i zatwierdzanie planów i projektów inwestycji leczniczych w Kasach Chorych pod względem celowości i urządzeń sanitarnych, c) rozpatrywanie projektów na otwarcie apteki Kas Chorych i na zakres ich działalności, d) rozpatrywanie wynikających sporów w zakresie lecznictwa między władzami Kas Chorych. Do składu tego rodzaju Rady wchodziliby: Generalny Dyrektor Służby Zdrowia lub jego zastępca, jako przewodniczący, Dyrektor departamentu hi-

gjeny, Inspektor Służby Zdrowia, radca prawny Generalnej Dyrekcji, przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej, przedstawiciel lekarzy Kas Chorych, przedstawiciel administracji Kas Chorych, Naczelnik wydziału farmaceutycznego Ministerjum.

Regulamin Rady opracowany przez nią zatwierdza Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Pracy i Opieki Społecznej. Wszak tak zbudowany organ nie pociągnie za sobą specjalnych wydatków państwowych.

W związku z należytem postawieniem lecznictwa w Kasach Chorych, a to zarówno w stosunku do ubezpieczonych jak i lekarzy nie małej wagi jest stanowisko Lekarza Naczelnego w Kasie. Wprawdzie art. 73 projektu noweli zaznacza, że narówni z Dyrektorem jest mianowany przez Zarząd i Lekarz Naczelny; winno być jednak zaznaczone, że Zarząd mianuje Lekarza Naczelnego z pośród kandydatów przedstawionych przez miejscową zawodową organizację lekarską, że zakres lecznictwa do niego wyłącznie należy, że w tym dziale jest on odpowiedzialny tylko przed zarządem, zależnym zaś od zarządu wyłącznie w zakresie budżetu lecznictwa. Lecznictwem nie może kierować Zarząd, jako niekompetentny. W razie wynikłych sporów w zakresie lecznictwa Lekarz Naczelny jak i Zarząd Kasy zwracają się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, jako do fachowego organu nadzorczego.

Proponowaną w noweli Radę przy Naczelnym Lekarzu uważać należy za zamierzenie celowe i odpowiednie, tylko jej skład i zadania powinny być ustawowo ustalone.

Jeżeli teraz wziąć pod uwagę stanowisko lekarza ordynującego w Kasach Chorych, to tu nasuwają się dezyderaty następujące: Przedewszystkiem w załatwieniu aktu leczenia powinien być uwzględniony w myśl art. 42 p. II. wolny wybór lekarza i zachowanie tajemnicy lekarskiej, którego art. 77 nie gwarantuje, bo urzędnicy nie są na zasadzie przysięgi zawodowej do tego obowiązani.

Wszystkie dokumenty, które maja służyć do wypłaty zasiłków nie powinny zawierać rozpoznania choroby, zaś wszelkie dokumenty, które zawierają rozpoznania lekarskie (karty choroby, orzeczenia komisji i inne) winny być w zawiadywaniu wyłącznie lekarzy, a nie tak jak obecnie w zawiadywaniu administracji. Lekarz ordynujący wydaje zaświadczenie o niezdolności do pracy w wypadkach dla niego niewątpliwych, przy najmniejszej zaś wątpliwości przekazuje sprawę komisji lekarskiej.

Dla dobra chorych, racjonalnego lecznictwa i prawidłowej gospodarki należałoby ustawowo procentowo oznaczyć wydatki na lecznictwo, zapomogi, administrację i fundusz rezerwowy. Aby uniknąć nadmiernego wyzyskiwania Kasy przez ubezpieczonych jeżeli już nie sam ubezpieczony to jego rodzina powinna ponosić 10% kosztów na lekarstwa.

W poprzednim projekcie nowelizacji uwzględniona była wysokość zarobku, ponad którą upadał obowiązek ubezpieczenia. W obecnym projekcie sprawa ta zupełnie została pominięta, jednak zarówno na interesy Kas Chorych jak i na interesy stanu lekarskiego ustalenie pewnej granicy jest niezbędne. Zadaniem Kas Chorych jest zorganizować pomoc lekarską dla warstw ekonomicznie słabszych, które same sobie nie podołały zapewnić odpowiedniej pomocy; natomiast Kasy włączając w zakres swego działania warstwy zamożniejsze, które same sobie mogą zorganizować pomoc lekarską, zaciągają względem nich zobowiązania, którym w obecnym stanie rzeczy nie zawsze mogą zadośćuczynić (brak odpowiednich szpitali, wyjazdy do wód mineralnych, do sanatorjów), co znów jest źródłem niezadowolenia, z drugiej znów strony zamożni zajmują w Kasach miejsca, któreby się należały słusznie ludności mniej zamożnej. Dla stanu zaś lekarskiego brak tej górnej granicy jest źródłem prawie zupełnego upadku wolnej praktyki lekarskiej; gdyby bowiem Kasy Chorych przy obecnym ich ustroju objęły prawie 80% ludności, to gdzie znajdzie się pole do wolnej praktyki? Jasne więc jest, że tego rodzaju warunki prowadzić będą do pauperyzacji lekarzy, będących poza Kasami Chorych, a z drugiej zaś strony wytwarzają i wytworzą typ lekarza urzędnika. Tylko wolny wybór lekarza, wolna praktyka lekarska, związane z tym szlachetne współzawodnictwo prowadzić mogą do należytego poziomu zawodowego i naukowego stanu lekarskiego, co nie jest obojętne ani dla interesów społeczeństwa, ani dla Państwa. Wszak nie tylko ubezpieczeni w Kasach Chorych, ale i inne warstwy społeczeństwa (chociażby nawet i najbiedniejsze, które są poza nawiasem działania Kas Chorych) a przedewszystkiem służba zdrowia publicznego oraz wojskowość potrzebują odpowiednich zastępów wyrobionych i wykwalifikowanych lekarzy. Przy obecnym systemie, jeżeli Kasy Chorych bez ustalenia górnej granicy objęły by lecznictwo prawie całej ludności (80%) to jasną jest rzeczą, że poza Kasami Chorych, lekarz wolno praktykujący nie będzie miał możności egzystencji. Czy w podobnych warunkach zarobkowania za lat kilka wydziały lekarskie znajdą odpowiednią liczbę adeptów medycyny, pytanie to co najmniej należy uważać za otwarte. Z drugiej znów strony przyjęty w większych Kasach system ambulatoryjny udzielania pomocy lekarskiej oparty na zasadach fabrycznych przy płacach lekarzy ryczałtowych musi manierować lekarzy w kierunku spełnienia ich zadań w sposób urzędniczy, nie dając warunków współzawodnictwa i pobudki do samokształcenia się wobec nawału zajęć. Z powyższych powodów wszystkie Izby Lekarskie wypowiedziały się za ustaleniem górnej granicy dochodu, ponad który ustawowy obowiązek należenia do Kas Chorych upada. Granica ta nie powinna przewyższać 375 zł. miesięcznego dochodu.

Ponieważ już sama ustawa wyłącza z pod swej opieki pewne kategorje pracowników, przeto jasną jest rzeczą, że w myśl konstytucji (art. 108) mają oni prawo do organizowania się w celu tworzenia swoich odrębnych Kas. Idea liberalizmu i opieki społecznej powinna by zwalniać od przymusu należenia i inne grupy zorganizowane już w innych Kasach, byleby tylko warunki ubezpieczenia nie były gorsze od tych jakie są w Kasach Chorych. Postęp i rozwój urządzeń społecznych polega na dokładnem obserwowaniu życia, odczuciu potrzeb i dobrej inicjatywie; tłumić więc te ostatnie dążności organizacyjne nie jest właściwe z punktu widzenia zdrowej gospodarki i pracy społecznej. Troska o zdrowie ogółu i organizacja lecznictwa powinna należeć do Państwa, ale troska o zdrowie indywidualne jest atrybutem jednostki i to powinno być uwzględnione w organizacji pomocy społecznej. Jeżeli grupy jednostek w celu zapewnienia sobie opieki i pomocy w chorobie zechcą się łączyć i tworzyć oddzielne instytucje na lepszych zasadach oparte, dlaczegoby Państwo ewentualnie prawo, miało hamować takie dążenia, które tylko mogą być źródłem postępu. Czy należało zmieniać wzorową organizację pomocy lekarskiej w Zagłębiu Dąbrowskiem, czy z chwilą wprowadzenia Kas Chorych na Śląsku ulec by także miały temuż losowi istniejące tam Kasy brackie, które mają poza sobą szeregi lat pracy i doświadczenia (z górą sto)?

Ustawy nowouchwalane lub nowelizowane nie powinny być w sprzeczności z już istniejącemi, a zwłaszcza z konstytucją. Tymczasem nowelizacja rozpatrywana proponuje artykuły wręcz sprzeczne z ustawami zasadniczemi. W art. 43 V proponowany przymus leczenia kasowych chorych w razie stanów bezkontraktowych przez wszystkich lekarzy zamieszkałych w danym okręgu jest sprzeczny z art. 96 i 101 konstytucji, a z góry narzucone w takich wypadkach honorarja w wysokości połowy taksy ustalonej przez Urząd Wojewódzki są sprzeczne z postanowieniem art. 21 i 22 ustawy o praktyce z d. 2. XII. 1921 r. poz. 762. Art. 9. tejże ustawy na który powołuje się art. 95 noweli, stosuje się do partaczy, nie do lekarzy i nie może być zastosowany, proponowane zaś w punkcie III kary na lekarzy chcą uczynić z nich istoty pozbawione obrony praw zasadniczych obywateli i to właśnie przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, które jest powołane do strzeżenia art. 102 konstytucji.

Komisje pojednawcze przewidziane w art. 84 nie mogą mieć w razie braku zgody na osobę przewodniczącego, wyznaczonego z urzędu przewodniczącego przez Urząd Ubezpieczeń, lecz przez najwyższą instancję sądową w danej miejscowości. Urzędy ubezpieczeń nie mogą być uważane za niezainteresowane w sprawach sporu.

Pojęcie 2 komisji arbitrażowych jest nowością; arbitraż może być tylko jeden i to bezapelacyjny. Skład arbitrażu proponowany przez nowelę winien być uzupełniony przez przewodniczącego także mianowanego przez najwyższą instancję sądową, wtedy nie będzie obawy o równość głosów i dyrektor urzędu ubezpieczeń nie będzie miał głosu decydującego, nie będąc przewodniczącym. Skład komisji arbitrażowej powinien być tak ustalony, ażeby 2 strony będące w kontrowersji miały równą liczbę swych przedstawicieli z niezainteresowanym przewodniczącym, jak to wyżej przedstawiono.

Art. 97 ustawy oddaje nadzór nad działalnością ubezpieczeniową Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, a w granicach zasadniczej ustawy sanitarnej Ministerstwu Spraw Wewnętrznych.

Niezbędną jest jeszcze i kontrola państwowa w sprawach gospodarki finansowej. Państwo nie może uważać za obojętną gospodarkę finansową instytucji, która ściąga od znacznej części społeczeństwa w drodze przymusu olbrzymie kwoty i która jednocześnie ma obowiązek dawania innej, a jeszcze większej większości społeczeństwa świadczeń doniosłej wagi. Opieka nad pracownikiem i jego rodziną w wypadkach choroby w naszym systemie państwowym nie jest dobroczynnością, zależną od woli osób i instytucji prywatnych, ani też nie jest pozostawioną inicjatywie przedsiębiorstw ciągnących z tego zyski, jest ona obowiązkiem, który reguluje Państwo. Każda opłata przymusowa ma w istocie swej charakter podatku, a więc ten sam organ, który kontroluje wydatkowanie sum podatków, powinien w ten sam sposób badać wydatkowanie wpływów z opłat przymusowych na cele opieki

społecznej. Wymaga tego wprost logika życia. Dlatego byłoby słuszne, aby najwyższa Izba Kontroli Państwa i jej oddziały miały zagwarantowane w ustawie prawo kontroli nie tylko w tych wypadkach, gdy Kasy Chorych otrzymują zasiłki z funduszów państwowych, ale i wogóle. Chodzi tu bowiem o kontrolę fachową, która może dodatnio wpływać na gospodarność i celowość w wydatkach.

(—) *Dr. Metelski,* sekretarz. (—) *Dr. Baczkiewicz,* przewodniczący.

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka.

PROTOKÓŁ

8 Walnego Zwyczajnego Zgromadzenia Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej z dnia 18 kwietnia 1926 r.

Obecnych członków 49.

Przewodniczący Naczelnik Przyborowski Adam.

Zebranie zagaił Przewodniczący Naczelnik Izby, stwierdzając jego ustawową prawomocność. Opóźnienie terminu zebrania powstało z powodu choroby Pisarza poprzedniego Zarządu Izby, co z natury rzeczy musiało wpłynąć na przygotowanie sprawozdania za rok ubiegły. Przed porządkiem dziennym odczytano niektóre artykuły regulaminu tyczące obrad Rady. Przyjęto ograniczenie przemówień w dyskusji, za pierwszym razem do 10 minut, za drugim do 5-ciu minut. Na wniosek kol. Garlickiej zdecydowano aby na przyszłem posiedzeniu zwyczajnem Rady było zakomunikowane sprawozdanie z posiedzenia dorocznego delegatów Izb do Naczelnej Izby Lekarskiej, przyczem sprawozdanie ma dawać nie każdy delegat oddzielnie, lecz jeden ogólne. Poprawka kol. Zandowej, aby to sprawozdanie było zakomunikowane na najbliższem tegorocznem zebraniu Rady nadzwyczajnej — upadło (20 głosami przeciw 19-tu). 1. Pisarz Zarządu Kol. Mazurek odczytał protokóły posiedzeń Rady z dnia 24 maja i 20 grudnia 1925 r. — Protokóły przyjęto. 2. Na wniosek prof. Gluzińskiego sprawozdanie Zarządu za rok ubiegły, wobec druków znajdujących się w rękach członków nie odczytywano. Sprawozdanie to bez dyskusji przyjęto. 3. Odczytano sprawozdanie z działalności Zarządu za 1-szy kwartał roku bieżącego, które przyjęto do wiadomości. Następnie Kol. Mazurek odczytał sprawozdanie z działalności Sądu Izby za rok 1925, a Kol. Manduk sprawozdanie z działalności Podkomisji Podatkowej Komisji Bytu. Oba sprawozdania przyjęto. 4. Kol. Kasperowiczowa Skarbniczka w poprzednim roku omówiła sprawozdanie finansowe za rok 1925, które po kilku wyjaśnieniach natury buchalteryjnej przyjęto. 5. Odczytano protokół Komisji Rewizyjnej za rok 1925 i przyjęto. 6. Skarbnik obecny Kol. Turski odczytał sprawozdanie rachunkowe za 1-szy kwartał 1926 r. Z powodu tego sprawozdania Rada zaleca Zarządowi usilną propagandę w sprawie wnoszenia ofiar na samolot sanitarny. Kwoty jakieby wpłynęły z tego źródła należy przekazywać wprost do Sanitarjatu Wojskowego. 7. Preliminarza budżetowego na rok 1926, wobec rozesłania go członkom nie odczytywano. Po dyskusji nad poszczególnemi pozycjami preliminarz przyjęto. Zdecydowano przytem, aby podatek dochodowy od pensyj urzędników wpłacali oni sami. Składki członkowskie w wysokości zeszłorocznej t. j. 20 zł. rocznie. 8. Statut Kasy Zapomogowej na wypadek śmierci, z pewnemi poprawkami przyjęto. Co do § 14 uchwalono zasięgnąć opinji radcy prawnego Izby. 9. Przepisy o ogłoszeniach lekarskich przyjęto w brzmieniu przedstawionem przez Zarząd i jednocześnie polecono Zarządowi przystąpić do opracowania przepisów dla ogłoszeń o lecznicach, pracowniach lekarskich i t. d. 10. Kol. Stefanowski odczytał projekt nowelizacji Ustawy o Kasach Chorych, przyjęto do wiadomości. 11. Kol. Muttermilch Stanisław omawiał sprawę Kasy Wsparć dla wdów i sierót po lekarzach, istniejącej przy Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem, w związku z tem zdecydowano: *a)* upoważnić Zarząd do składania corocznie pewnej kwoty jednorazowej, według swego uznania na rzecz tej Kasy. *b)* rozesłać do członków Izby odezwę nawołującą do zapisywania się na członków tej Kasy.

NEKROLOGJA.

Ś. p. ARTUR ROBERTSON CUSHNY.

Przed kilku tygodniami zmarł Dr. Artur C u s h n y, profesor farmakologji w Edynburgu. Zmarły był przedstawicielem kierunku, który przedewszystkiem w mechaniźmie zjawisk fizjologicznych szuka podstaw do racjonalnego badania zmian w ustroju, wywołanych przez wprowadzony środek farmakologiczny. Było to wynikiem wpływów wielkiej szkoły fizjologicznej Ludwiga, którą Cushny przeszedł najpierw w pracowni Kroneckera, później Schmiedeberga. Wspomnieć należy, że pobyt u Nenckiego w Bernie miał też duże znaczenie dla kształtowania się kierunku pracy i metod Cushny'ego.

Zakres działalności naukowej i pedagogicznej Culisny'ego był bardzo obszerny i co ważniejsze gruntowny. Badania nad naparstnicą i innemi ciałami w związku z czynnością narządu krążenia i układu nerwowego należą do klasycznych. Znane są także w klinice poglądy C. na mechanizm pracy przedsionków serca i odczyny powstające pod wpływem drażnienia ich prądem faradycznym, które łudząco przypominają zmiany chorobowe zwane migotaniem przedsionków. Fakty te tem większego nabrały znaczenia gdy je potwierdzono (Rothberger i Winterberg, Lewis i in.), badaniami elektrokardjograficznemi. Ważną zdobyczą też było odkrycie zjawiska, że naparstnica w ostatnim względnie toksycznym okresie swego działania powoduje bezład ruchów przedsionków podobnie jak po drażnieniu prądem faradycznym. Na tle tych faktów rozwija się też koncepcja Cushny'ego — nota bene nie przez wszystkich przyjęta — o bezpośredniem działaniu naparstnicy na mięsień serca bez wpływu na nerw błędny.

Ciekawy problem diurezy był również przedmiotem specjalnego zainteresowania Cushny'ego. Badacz ten przychylał się wogóle do teorji reabsorbcji postawionej przez Ludwiga. Rozważając dokładnie zawiłe zjawisko wydzielania nerek szczególnie w związku z działaniem środków moczopędnych, próbował rozstrzygnąć do jakiej granicy liczyć się należy z wpływem środka moczopędnego bezpośrednio na samą nerkę t. j. na jej komórki gruczołowe, naczynia i elementy nerwowe, a kiedy szukać należy zmian w składzie krwi lub zmian czynnościowych w ogólnym krwiobiegu by wyjaśnić ich wpływ na czynność nerki.

Wreszcie poświęca się Cushny sprawie działania farmakologicznego ciał, optycznie czynnych. Zajmuje go ta cecha ciał, bo jest ona „najtrwalszym wskaźnikiem życia jaki posiadamy". Rozszerza więc dział farmakologicznych i fizjologicznych eksperymentów nad izomerami opierając się przedewszystkiem na epokowych odkryciach Pasteur'a.

Dzieło Cushny'ego nad izomerami alkaloidów i glikozydami działającemi na serce jest trwałym pomnikiem twórczości tego badacza.

W. K. (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Katowice.

W dn. 23, 24 i 25 września r. b. odbędzie się zjazd lekarzy polaków w Katowicach. Poza szeregiem odczytów projektuje się zwiedzanie szpitali, kopalni, hut, zakładu w Chorzowie i osad robotniczych. W dn. 26 września (niedziela) odbędzie się wycieczka do Jastrzębia Zdroju. Ze względu na duże znaczenie polityczne i społeczne zjazdu, koledzy Ślązacy upraszają o liczne wzięcie w nim udziału. Jednocześnie upraszają oni o wcześniejsze zapowiadanie odczytów oraz zgłaszanie uczestnictwa by można było na czas przygotować odpowiednią liczbę mieszkań. Zgłaszać się należy pod adresem: Dr. Mirecki, Katowice, Lecznica Bracka, ul. Francuska 34.
